Rok XLV. Kraków 24 Lutego 1906. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzełykowe (*abscessus retrooesophageales*).

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie.)

W styczniu b. r. przyszła do mojego ambulatoryum klinicznego matka z dzieckiem czteroletniem, które przed 3 miesiącami przebyć miało zapalenie płuc, poczem wytworzył się ciężki oddech, który po pewnym czasie trochę się poprawił, potem jednak znów się pogorszył i odtąd stopniowo pogarsza się coraz bardziej Badanie dziecka wykazuje, że wydech jest znacznie więcej utrudniony, niż wdech; szmer zwężenia przy wydechu zdala słyszalny, silny, przy wdechu szmer słaby, krótki. Mimo to znać przy wdechu wciąganie dołka podsercowego i międzyżebrzy, a przy silniejszym nawet i żeber po bokach w dole klatki piersiowej (ponad przyczepami przepony); przy wydechu pracują wyraźnie mięśnie brzuszne. Wypukiem stwierdza się stłumienie nad lewym szczytem w tyle. Przy osłuchiwaniu słychać dość słaby szmer pęcherzykowy przy wdechu, natomiast silny, po obu stronach jednakowy szmer zwężenia przy wydechu. Badanie laryngoskopem okazuje krtań zupełnie zdrową. w głąb tchawicy jednak, jak zwykle u dzieci, nie udaje się zajrzeć zwierciadełkiem. Wobec tych objawów rozpoznałem zwężenie tchawicy, przypuszczając jako jego przyczynę ugniecenie przez gruczoły limfatyczne, gruźliczo naciekłe. Nie mogąc wykazać za pomocą opukiwania ani z przodu, ani też z tyłu stłumienia, któreby gniotącemu guzowi odpowiadać mogło, nie miałem podstawy do rozpoznawania, z której strony ugniecenie to nastąpiło, nie mogłem nawet być zupełnie pewnym, że przyczyną zwężenia tchawicy jest jej ugniecenie, a nie jakaś sprawa chorobowa, w niej samej się odbywająca. Znacznie większe jednak utrudnienie wydechu, niż wdechu, obok braku objawów jakiegoś tworu ruchomego w tchawicy (Ventilgerausch), kazało przecież myśleć raczej o ugnieceniu; brak zaś stłumienia w okolicy mostka kazał przypuszczać, że guz gniotący znajdować się musi głębiej, a może nawet w tylnem śródpiersiu, gdzie wykazanie go za pomocą opukiwania między łopatkami jest o wiele trudniejsze i mniej pewne. Owa znaczna przewaga utrudnienia wydechu nad utrudnieniem wdechu kazała przypuszczać, że obok tchawicy ugniecione być mogą także i początki oskrzeli, a w takim razie ugniecenie to nastąpić mogło najprawdopodobniej od tyłu, albo też z dołu, z popod samego podziału tchawicy. Podnoszę tu owo niestosunkowo silne utrudnienie wydechu jako objaw bardzo ważny; bywa wprawdzie nieraz i przy zwężeniu samej tchawicy wydech więcej niż wdech utrudniony, o ile jednak w tchawicy nie ma tworów, poruszających się przy oddechu, niestosunek w utrudnieniu obu aktów oddechowych nie bywa zwykle tak wybitny. Tutaj zaś był on bardzo wyraźny i dlatego przypuszczałem, że obok końca tchawicy ugniecione być mogą także i początki oskrzeli; łatwo bowiem pojąć, że przy wydłużeniu, jakiego tchawica doznaje przy wdechu, klin jej podziału wysuwa się z dolnego jej końca, a tem samem wdech łatwiej się odbywa, niż wydech, przy którym klin ten wraca w dawne położenie, a przy wydechu nasilonym wtłacza się nawet w tchawicę jeszcze więcej. Moje przypuszczenia przedstawiłem matce dziecka i oznajmiłem, że wobec nich nie jestem na razie za tracheotomią, gdyż wiele po niej obiecywać sobie nie mogę; jeżeli jednak stan dziecka tak się pogorszy, że zajdzie niebezpieczeństwo uduszenia, wtedy, nie mając nic do stracenia, wykonam tracheotomię, a może też moje podejrzenia okażą się niesłuszne. W tym celu chciałem, by dziecko pozostało w szpitalu, matka się jednak na to nie zgodziła; miała się jednak z dzieckiem co kilka dni pokazywać. Dziecku przepisałem małe dawki jodku potasu.

Już dnia następnego przyszła matka z dzieckiem, podając, że noc była bardzo ciężka z powodu znacznego pogorszenia się oddechu Znalazłem istotnie, że dziecko znacznie ciężej oddycha, niż dnia poprzedniego, choć, jak matka stwierdziła, w nocy było o wiele gorzej jeszcze. Wobec więc stale dotąd postępującego pogorszenia i stanu takiego, że najbliższej nocy zaduszenia się już obawiać się należało, zaproponowałem matce tracheotomię, przedstawiwszy jej istotne, t. j. niewielkie widoki pomyślnego wyniku operacyi. Matka na operacyę się zgodziła. Pomimo znacznego utrudnienia oddechu wolałem operować w uśpieniu, a to w celu uniknięcia napierania oddechu, które więcej jeszcze wydech utrudniaćby musiało; tem bardziej zaś uśpienie wydawało mi się dozwolonem, że wdech, lubo bardziej utrudniony, niż dnia poprzedniego, zawsze jednak był wyraźnie łatwiejszy od wydechu. Uśpienie też nastąpiło bez żadnej przeszkody. W celu dokładnego obejrzenia tchawicy przed tracheotomią, założyłem uśpionemu dziecku tracheoskop przez usta i krtań do tchawicy, licząc, że w danym razie będę go mógł przeprowadzić przez miejsce zwężone, a tem samem ułatwić oddech jeszcze przed tracheotomią, jak to uczynił Nowotny w przypadku, wspomnianym w jego pracy habilitacyjnej („Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej". *Przegl. lek.* 1905). Przez tracheoskop stwierdziłem, że tchawica już blizko swego górnego końca ugnieciona jest od tyłu, a zarazem w całości ku przodowi wyparta tak, że trudem tylko tracheoskop dał się w jej osi utrzymać, zbaczając ciągle dolnym końcem ku tyłowi. Napotkawszy opór w przeprowadzeniu tracheoskopu

poniżej, założyłem weń przetyczkę (mandryn) i z jej pomocą przeprowadziłem go przez miejsce uciśnięte do głębi tchawicy; przytem zauważyłem, że zboczył on wraz z całą tchawicą dość znacznie na prawo. Gdy po wyjęciu przetyczki oddech nie nastąpił, rozpoczęliśmy sztuczne oddychanie, przy którem jednak ledwie odrobiny powietrza przez miejsce zwężone z sykiem przechodziły; w tracheoskopie miałem przytem ciągle widok od tyłu zasłonięty i nie mogłem, podobnie jak i przedtem, dojrzeć szpary, znajdującej się przed wtłoczoną ścianą tylną, pomimo, że z pewną siłą koniec tracheoskopu ku przodowi odsuwałem. Wykonałem więc natychmiast tracheotomię i wprowadziłem tracheoskop przez otwór w tchawicy; doznałem jednak tych samych trudności i miałem tak samo widok od tyłu zasłonięty, a przy sztucznem oddychaniu już nawet psykania powietrza w miejscu uciśniętem nie było. Przy tem zauważyłem, że tracheoskop doznaje jeszcze silniejszego parcia ku tyłowi, niż przy tracheoskopii górnej. W końcu udało się przecież siłą nastawić tracheoskop tak, żem ujrzał klin podziałowy tchawicy i wejścia do obu oskrzeli; i wtedy jednak nie udało mi się przeprowadzić powietrza przez sztuczne oddychanie. Wprowadziłem wreszcie bronchoskop w oskrzele prawe, ale również sztuczne oddychanie mi się nie udało. Dziecko wreszcie już nie żyło; zginęło ono wśród moich zabiegów z uduszenia.

Tak górna jak i dolna tracheoskopia wskazywała mi, że guz gniotący znajduje się w tyle tchawicy, a zarazem, że jest zupełnie nieruchomy, tak, że się nie dał ani trochę za pomocą tracheoskopu na bok uchylić, lecz raczej dało się przesunąć tchawicę na jego bok prawy. Nie przemawiało to za powiększonym gruczołem, albo pakietem gruczołów, któryby powinien choć trochę ustąpić wprowadzonemu do tchawicy tracheoskopowi. Ugniecenie jednostajne tchawicy może w $^3/_4$ jej długości, oraz niemożność przeprowadzenia sztucznego oddychania nawet po wprowadzeniu tracheoskopu prawie do samego jej podziału, wskazywały, że guz gniotący był duży i sięgał pod podział tchawicy, a przytem przedstawiał jednostajną wypukłość. Nagłe zatamowanie oddechu przy uciśnięciu guza tracheoskopem wskazywało na jego elastyczność, skutkiem której, w miarę rozepchania części ugniecionych w górze, tj. tchawicy, tem silniejszy ucisk wywierał spód guza poniżej, tj. na oskrzela; trzeba więc było przypuszczać treść płynną guza, otoczoną silną torebką. Wobec tego przypuszczałem albo pakiet gruczołów zropiałych, otorbiony i przyrośnięty do kręgosłupa, albo też ropień kręgów piersiowych górnych, otoczony grubszą ścianą. Sekcya, wykonana przez doc. Dra Glińskiego, potwierdziła to drugie przypuszczenie. Na kręgach piersiowych I—IV znajdował się ropień, skłaniający się nieco na lewo i sięgający na lewą część ostatniego kręgu szyjnego. W dnie ropnia trzony kręgów, a nawet ostatni krąg szyjny po stronie lewej, były ponadżerane; ściany ropnia utworzone z tkanki łącznej, przedstawiającej torebkę dość grubą; treść ropnia stanowi ciecz ropiasta, a w części rozmiękłe masy serowate. Tchawica przez ucisk od tyłu spłaszczona; ropień sięga poniżej jej podziału, gruczoły limfatyczne pod podziałem tchawicy powiększone, zserowaciałe, ale nie rozmiękłe. Ropień, który zajmował 5 kręgów, był przytem odpowiednio do swej długości szeroki.

Przypadek ten zasługuje na uwagę pod kilku względami. Rzadkość ugniecenia tchawicy przez ropnie kręgów piersiowych podniosłem już na wstępie; tu zaś podnieść jeszcze muszę niezwykłą rozległość ropnia, który usadowiony był na 5 kręgach i odpowiednio swej długości szeroki, tak, że mógł ucisk wywierać na tak znacznej przestrzeni. Sama górna część tchawicy nie była tu ugnieciona z powodu, że ropień zajmował lewą tylko stronę ostatniego kręgu szyjnego; wypuklenie zaś ropnia wprost ku przodowi na kręgu I—IV piersiowym ugniatało przez przełyk na tchawicę, a zarazem i na oba oskrzela, gdyż miejscu podziału tchawicy odpowiada trzon kręgu trzeciego tak, że chrząstka międzykręgowa, oraz krąg czwarty już poniżej podziału się znajdują, a ropień aż do spodu kręgu 4-go sięgał. Powiększone gruczoły pod podziałem tchawicy mogły też do tem większego ugniecenia oskrzeli się przyczynić. Pod względem rozpoznawczym dodam do tego, co powyżej podałem, jeszcze następujące uwagi: U małego dziecka niepodobna było zajrzeć w głąb tchawicy za pomocą zwierciadełka, wykonać zaś zaraz tracheoskopię górną w celu li tylko rozpoznawczym, nie uważałem za właściwe; wolałem ją wykonać w uśpieniu, będąc przygotowany do tracheotomii, która mogła po tracheoskopii okazać się natychmiast konieczną. Wreszcie same objawy zwężenia dawały mi ważne wskazówki rozpoznawcze: szmer zwężenia silny i jednakowy nad obu płucami wskazywał na zwężenie tchawicy, tak zaś przeważające utrudnienie wydechu czyniło prawdopodobnem zwężenie oskrzeli. Jedno z drugiem dało się pogodzić, gdy się przyjęło, że zwężonym jest koniec tchawicy wraz z początkami oskrzeli; takie zaś zwężenie najłatwiej mogło sprawić jakieś ciało, ugniatające całą okolicę podziału tchawicy od zewnątrz; pod tym też względem rozpoznanie przez sekcyę potwierdzonem zostało. Co do istoty tworu gniotącego, to o gruczołach gruźliczych więcej, niż o ropniu kręgów myślałem, a to wobec większej częstości tych pierwszych, przypuszczałem jednak także ropień kręgów; sekcya wykazała, że ten ostatni był przyczyną ugniecenia, były jednak i gruczoły pod podziałem tchawicy gruźliczo naciekłe.

Wobec takiego rozpoznania niewiele od zabiegów leczniczych można się było spodziewać; to też nie kwapiłem się z niemi, a przystąpiłem do nich dopiero wobec grożącego w najbliższym już czasie zaduszenia. Wtedy należało już tracheotomię bezwarunkowo wykonać, ona jedna bowiem dawała jeszcze jaką taką nadzieję wyratowania dziecka, gdyż w mojem rozpoznaniu, nie popartem jeszcze przedmiotowem zbadaniem tchawicy, mogłem się przecież omylić: przeważające utrudnienie wydechu mogło być sprawione przez nowotwór, lub nawet ciało obce, usadowione w tchawicy nad samym jej podziałem; mógł wreszcie i guz gniotący tchawicę nie być tak wielki, albo też ugniatać ją skośnie, a nie wprost od tyłu. Wykonanie przed tracheotomią górnej tracheoskopii nie mogło wobec zdrowej krtani mieć wpływu niekorzystnego, a mogło dać pewność co do miejsca, kształtu i istoty zwężenia; w danym razie mogło nawet posłużyć do zabiegów leczniczych, np. w razie obecności ciała obcego lub uszypułkowanego polipa w głębi tchawicy, co lubo nieprawdopodobne, nie było przecie zupełnie niemożebne. Rzeczywiście tracheoskopia górna pouczyła mnie, że cała tchawica jest wyparta ku przodowi i z wyjątkiem samej górnej swej części ugnieciona od tyłu. Dopiero wprowadzenie tracheoskopu w miejsce uciśnięte wywołało zupełne zatamowanie oddechu; tu więc nasuwa się pytanie,

czy nie należało, stwierdziwszy stan rzeczy, dalszego wsuwania tracheoskopu zaniechać i do tracheotomii przystąpić odrazu. Te same jednak skutki, jakie miało wprowadzenie tracheoskopu do głębi tchawicy przez krtań, musiałoby mieć i po tracheotomii, podobnież jak i założenie dłuższej kaniuli tracheotomijnej, które przecież było konieczne. Mając więc już tracheoskop w tchawicy, wolałem go odrazu przeprowadzić przez miejsce zwężone, zwłaszcza, że, nie spodziewając się takiej wielkości tworu gniotącego, liczyłem na to, że, wsunąwszy tracheoskop aż do końca tchawicy, uda mi się otrzymać oddech lekki, jak to osiągnął Nowotny w przypadku wyż wspomnianym. Oczekiwania moje zawiodły mnie jednak; ropień sięgał zbyt nizko i ugniatał oba oskrzela tak, że po przeprowadzeniu tracheoskopu do głębi tchawicy, zgniótł je już w zupełności; to samo jednak stałby się musiało i wtedy, gdybym był tracheoskop dopiero po tracheotomii założył, jak to wreszcie istotnie po tracheotomii stwierdziłem. Jak silnie była tchawica ku przodowi wyparta i jak szeroki był guz z tyłu ją gniotący, ocenić mogłem tak przy górnej, jak i dolnej tracheoskopii, po sile, jaką był party dolny koniec tracheoskopu w tył od osi tchawicy, oraz po silnem zboczeniu tchawicy na prawo, jakie wprowadzeniu tracheoskopu do jej głębi towarzyszyło.

Nawiązując do powyższego przypadku, wspomnieć tu muszę o przypadku Nowotnego, opisanym w jego rozprawie habilitacyjnej (l. c.). W przypadku tym tchawica była ugnieciona nad samym podziałem od strony lewej; ponieważ jednak głowa wygięta była na prawo, kręgosłup zaś na lewo wypuklony i przy dotyku bolesny, a skrzywienie to od pół roku wytwarzać się zaczęło, podczas gdy objawy krzywicy, jakieśmy znaleźli, już od dwóch lat istnieć miały, przeto można przypuszczać, że i tu powstał ropień kręgów z częściowem ich zniszczeniem, który jednak z powodu wygięcia kręgosłupa nie mógł już uciskać na tchawicę od tyłu przez przełyk, lecz uciskał na nią od strony lewej. To ostatnie wydaje mi się jednak mniej prawdopodobnem z powodu, że ucisk nastąpił wprost od strony lewej, a nie od lewej i tyłu, jakby to przy tem wygięciu ropniowi kręgowemu odpowiadać powinno. Przytem ściana wtłoczona była silnie zaczerwieniona, co nie odpowiada gniotącemu przez przełyk ropniowi kręgowemu, lecz każe myśleć raczej o gruczole limfatycznym powiększonym, najprawdopodobniej gruźliczym, który przyrósł do ściany tchawicy, a w którym ropienie już się rozpoczęło. Gruczoły takie i przy ropniach kręgów spotkać można, jak to wreszcie w moim przypadku, równie jak i w przypadku Richardsa (l. c.) przy sekcyi stwierdzono; ten ostatni przypadek różni się tylko tem, że w nim tchawica, mimo wygięcia głowy na lewo, była wprost od tyłu, i to w swej górnej części, ugnieciona. W przypadku Nowotnego, który zrazu na klinice, później zaś ambulatoryjnie, a w całości blizko trzy miesiące był u nas w leczeniu, dziecko zmarło w końcu skutkiem wycieńczenia, gdy lewa ściana tchawicy pod wpływem długich kaniul przestała się już wgniatać w światło tak, że dziecko nawet przy krótkiej kaniuli lekko oddychało, a długą dostawało jedynie dlatego, iż obawialiśmy się, żeby przecież po pewnym czasie wgniecenie ściany lewej znów nie nastąpiło. Wobec braku badania pośmiertnego istoty tworu gniotącego tchawicę oznaczyć na pewne nie można, najprawdopodobniej były nim jednak powiększone gruczoły limfatyczne, które, jak się zdaje, w następstwie gruźliczego zapalenia kręgów gruźliczym zmianom uległy.

Pomysł Nowotnego wykonania tracheotomii przy założonym przez krtań tracheoskopie, który w powyższym przypadku zabieg ten operacyjny znakomicie ułatwił, w moim przypadku nie powiódł się wcale; wprowadzenie tracheoskopu do głębi tchawicy zatamowało oddech w zupełności, a tem samem sprowadziło zaduszenie dziecka. To samo jednak musiałoby nastąpić i po tracheotomii, jak to już powyżej wykazałem. Pomiędzy obu tymi przypadkami zachodzi ta ważna różnica, że w przypadku Nowotnego ugniecenie nastąpiło z boku, w moim zaś od tyłu. Różnica to bardzo ważna, gdyż usunięcie gniotącego guza, albo też samej tchawicy, na bok przez tracheoskop lub długą kaniulę tracheotomijną, nie napotyka na większy opór zwykle nawet przy nowotworach znacznej wielkości, jeżeli ugniecenie z boku następuje; natomiast przy ugnieceniu z przodu, albo z tyłu, tchawica wraz z guzem gniotącym znajduje się między mostkiem a kręgosłupem, które jej ani naprzód, ani w tył ustąpić nie dozwalają, tak, że jedynie na koszt wgniecenia się w sam guz, lub przez zesunięcie się na jego bok, rozepchaną być może. Dlatego też wprowadzenie tracheoskopu lub dłuższej kaniuli w głąb tchawicy, od przodu lub tyłu uciśniętej, napotyka na opór o wiele większy, niż przy jej ugnieceniu z boku, lub nawet z obu boków. Zachodzi zatem pytanie, czy nie należy wykonywania tracheotomii przy założonym tracheoskopie jedynie do tych przypadków ograniczyć, w których tchawica z boku jest ugnieciona, w razie zaś ugniecenia z przodu lub z tyłu, wprzód wykonać tracheotomię, a potem dopiero dolną tracheoskopię. W przypadkach niepomyślnych, jak mój, możeby się wtedy udało, w razie zatamowania oddechu, wsunąć jeszcze na czas bronchoskop do prawego oskrzela i w ten sposób przynajmniej oddychanie prawem płucem umożliwić. Tę drogę byłbym też obrał, gdybym był przypuszczał, że ropień jest tak rozległy; znalazłszy jednak już dość wysoko w tchawicy jej ugniecenie, nie sądziłem, by ono aż popod jej podział sięgać miało. W przypadkach jednak, w których tchawica już w samym początku jest od tyłu ugniecioną, jak to np. było w przypadku Turnera, a prawdopodobnie i w przypadku Brücka (l. c.), założenie tracheoskopu przed tracheotomią mogłoby być bardzo przydatne; bez tego bowiem przy tracheotomii, a nawet krykotracheotomii, byłoby trudno uniknąć rozcięcia tylnej ściany tchawicy wraz z przednią, a może i tylną ścianą przełyku, z powodu znacznego wgniecenia ich w tchawicę, przeprowadzenie zaś tracheoskopu przez miejsce uciśnięte zapobiegałoby takiemu skaleczeniu na pewne.

Mówiąc o ugnieceniu tchawicy przez ropnie kręgów piersiowych pragnąłbym uwzględnić zarazem i inne ich stany chorobowe, przy których ugniecenie to nastąpićby mogło; są one jednak wogóle jeszcze rzadsze. Odnosi się to głównie do nowotworów kręgów, które, wypuklając się odpowiednio, mogłyby przez przełyk ucisk na tchawicę od tyłu wywierać. Pod tym względem znalazłem tylko wzmiankę, że przypadek nowotworu kręgów, ugniatającego tchawicę od tyłu, opisuje Morgagni w dziele swem: „De sedibus et causis morborum“; pomiędzy referatami z naszego fachowego piśmiennictwa nie udało mi się jednak podobnego przypadku od r. 1884 aż po dziś dzień odszukać. Sam przypominam

sobie z czasów studenckich z sekcyi przypadek guza nowotworowego, jak mi się zdaje mięsaka, wychodzącego z górnych kręgów piersiowych; czy jednak tchawica była ugnieciona i czy były za życia jakie objawy utrudnienia oddechu, nie jest mi wiadomem. Inne cierpienia kręgów, które do utrudnienia oddechu prowadzić mogą, dotyczą kręgów szyjnych, z których tylko ostatni początkowi tchawicy odpowiada; o ile więc ponad nim jakaś sprawa chorobowa w kręgach się wytwarza, może ona jedynie na krtań, a nie na tchawicę oddziaływać. Pominąwszy ropnie kręgów szyjnych, które podobnie, jak inne ropnie zagardłowe, mogą górny wylot przedsionka krtani zatykać, mielibyśmy jako przypadki rzadkie jedynie utrudnienie oddechu z powodu skrzywienia kręgosłupa ku przodowi *(lordosis)* i zwichnięcia kręgów szyjnych do zaznaczenia. Na podstawie kilku tego rodzaju przypadków skrzywienia kręgosłupa ku przodowi, jakie w piśmiennictwie spotykamy, twierdzić można, że kątowate zagięcie między kręgiem szyjnym 4-tym a 5-tym, albo też wysadzony silnie trzon kręgu 4 go, wtłaczając się nad samo wejście krtani, oddech znacznie utrudnić mogą. Spotykano też odleżynę na płycie chrząstki obrączkowej przy kątowatem zagięciu pomiędzy 5-tym a 6-tym kręgiem szyjnym, która w następstwie do stałego zbliżenia strun głosowych, a stąd utrudnienia oddechu prowadziła. Podobnież ma się rzecz i ze zwichnięciem kręgów szyjnych, których też kilka przypadków opisanych spotykamy. W jednym przypadku takim z mojego oddziału szpitalnego znalazłem twarde wzniesienie, ostro występujące na jakie 2 ctm. ku przodowi z tyłu i więcej od strony prawej pod podniebieniem miękkiem, a schodzące prawie prostopadle ku dołowi tak, że nie dozwalało w lusterku otrzymać obrazu głośni. Uważać to musiałem za sterczący ku przodowi trzon trzeciego kręgu szyjnego, nad którym krąg drugi został w tył zwichnięty. Za tem przemawiało też i badanie karku, przy którem zaraz pod guzem potylicy wyczułem wyraźnie sterczący wyrostek kolczysty *(proc. spinosus epistrophei)*, pod nim zaś zagłębienie w karku, pod którem dopiero wyrostek kolczysty kręgu siódmego wyczuć było można. Oddech w tym przypadku nie był wcale utrudniony, łatwo jednak pojąć, że podobne zwichnięcie trzonu kręgu czwartego ku przodowi mogłoby sprawić zatkanie wejścia do krtani od góry. Przypadek wreszcie samoistnego zwichnięcia kręgów szyjnych w następstwie zropienia ich trzonów miałem raz na moim oddziele u chorego, cierpiącego od dłuższego czasu na próchnienie kręgów. Przyszedł on do mnie z otwartym już samoistnie ropniem zagardłowym; później otworzyłem mu z zewnątrz głęboki ropień za prawym kątem szczęki dolnej. Po pewnym czasie tylna ściana gardła zaczęła się stopniowo ku przodowi tak nachylać, że zajrzenie do krtani stało się niemożebnem; oddech jednak był przytem zupełnie lekki. Wreszcie wystąpiło w ciągu kilku godzin takie utrudnienie oddechu, że zawezwany Dr. Nowotny natychmiast tracheotomię wykonał. Na drugi dzień stwierdziłem, że trzony kręgowe tak naprzód opadły, że tylna ściana gardła na korzeniu języka spoczywała; wsuniętym pomiędzy nią a korzeń języka palcem można było wymacać silne kątowate zagięcie tylnej ściany gardła nad samą krtanią ku przodowi.

Zwichnięcia kręgów szyjnych, czy to przypadkowe, czy też samoistne, nie mogą, podobnie jak i skrzywienie kręgosłupa ku przodowi, sprowadzić ugniecenia tchawicy; mówiąc jednak o tem ostatniem, o ile przez cierpienie kręgów sprowadzone być może, chciałem wspomnieć zarazem i o utrudnieniu oddechu, jakie cierpienie kręgów szyjnych z powodu swego sąsiedztwa z krtanią sprowadzić może. Rzadkość tego rodzaju przypadków jest powodem, dla którego tu o nich wspominam.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy.)

Z następnych badaczy, którzy zajmowali się sprawą działania baru na ustrój zwierzęcy, Mickwitz (18) doszedł do wniosku, że chlorek barowy działa na ośrodkowy układ nerwowy, wywołując u zwierząt o zmiennej ciepłocie porażenia w sferze ruchowej i czuciowej, u ciepłokrwistych zaś drgawki; oprócz tego chlorek barowy podnosi parcie krwi, niezależnie od podrażnień ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym; wreszcie podrażnia gładkie mięśnie jelit, pęcherza moczowego i prawdopodobnie naczyń krwionośnych. Szczegółowszemu badaniu sprawę wpływu baru na serce i obieg krwi poddali prof. Böhm (19) i Bary (20). Pierwszy z tych badaczy przekonał się, że niewielkie dawki chlorku barowego, wstrzyknięte pod skórę (0,01—0,03 grm), wywołują u żab znaczne nasilenie pracy przedsionków i komórki serca; częstość skurczów albo nie zmienia się, albo też obniża się o kilka uderzeń na 1′; wzmożona czynność serca stopniowo zmniejsza się, nieraz niżej nawet od pierwotnej, a to wskutek tego, że komórka traci własność zupełnego zwiotczenia w czasie rozkurczu. Większe dawki 0,05—0,1 grm szybko wywołują ruchy robaczkowe serca i ustanie jego czynności po upływie 1—$1^1/_2$ godzin już to w skurczu, już to w rozkurczu; podrażnienie nerwu błędnowspółczulnego nie wywołuje u żab, zatrutych chlorkiem barowym, ustania czynności serca w rozkurczu; czynność serca, wstrzymaną przez muskarynę, bar przywraca. U zwierząt ciepłokrwistych małe dawki chlorku barowego — 0,01, zdaniem Böhma podnoszą parcie krwi i zwalniają tętno; większe dawki (0,02) po trwającym 5—6″ wzroście ciśnienia krwi początkowo stopniowo, następnie zaś szybko obniżają parcie. Po 20—30″ parcie krwi odrazu znacznie się podnosi i po kilku falach dochodzi szczytu, który przewyższa 2—$2^1/_2$ razy pierwotny poziom ciśnienia; okres ten trwa 5 minut; następnie ciśnienie początkowo powoli, przed zgonem zaś zwierzęcia szybko spada do zera. Tętno po małych dawkach (0,01), wstrzykniętych do żył, zwalnia się, po średnich (0,02) początkowo zwalnia się, w okresie zaś wysokiego ciśnienia bardzo się przyspiesza, w okresie spadku ciśnienia jest nieprawidłowe; wielkie dawki 0.04 grm. zwalniają tętno. Szczegółowy rozbiór tych zjawisk doprowadza wreszcie Böhm'a do wniosku, że sole barowe wzmagają pracę serca u żab i zwierząt ciepłokrwistych; czynność lewej komory ustaje u ssących ostatecznie zawsze w skurczu;

u żab zaś komora zatrzymuje się najczęściej w skurczu; sole barowe porażają zakończenia n. błędnych; pobudliwości dośrodkowej *n. depressoris* bar nie zmienia; sole barowe w dawkach średnich podnoszą bardzo znacznie parcie krwi, niezależnie od wpływu baru na ośrodkowy układ nerwowy i przyspieszają tętno; w dużych zaś dawkach porażają serce, najprawdopodobniej jego nerwowe zwoje automatyczne; naczynia krwionośne bar znacznie zwęża.

Ringer i Sainsbury (21) stwierdzili, że ustanie czynności serca w skurczu i zwolnienie ruchów serca przy zatruciu żab barem nie zależy od ośrodkowego układu nerwowego. Działanie baru na serce żab jest, zdaniem tych badaczy, zupełnie podobne do działania naparstnicy, jak to utrzymywał już przed tem Blake. Bary (20) w obszernej rozprawie z pracowni Koberta doszedł do wniosku, że chlorek barowy wzmaga u żab siłę skurczów serca, obniża ich częstość, wreszcie zatrzymuje czynność serca zawsze w okresie skurczu; to ustanie czynności serca nie jest wynikiem porażenia mięśnia sercowego, lecz skutkiem jego tężca; działanie chlorku barowego nie zależy od ośrodkowego układu nerwowego; chlorek barowy przywraca czynność serca, postrzymaną przez muskarynę, jak również znosi wpływ podrażnienia n. błędnego, jakkolwiek, wbrew twierdzeniu Böhma, nerw ten nie ulega pod działaniem baru porażeniu; tamujący wpływ n. błędnego nie może przejawić się jedynie wskutek tego, że bar silnie podnieca mięsień sercowy; czynność serca u żab ustaje pod działaniem baru zawsze w okresie skurczu, u ssących zaś zwierząt i w okresie skurczu i w okresie rozkurczu, w pierwszym jednak o wiele częściej; parcie krwi po średnich dawkach chlorku barowego podnosi się, niezależnie od ośrodków naczynioruchowych, jedynie wskutek wzmożenia czynności serca i zwężenia naczyń obwodowych. Bary dochodzi wreszcie do wniosku, że sposób działania chlorku barowego jest bardzo podobny z jednej strony do działania ciał gromady digitalinowej, z drugiej zaś fizostygminy, jako środka, w wysokim stopniu podniecającego mięsień sercowy.

Schedel (22) sądzi na podstawie swoich badań, że chlorek barowy podnieca mięsień sercowy, na nerw zaś błędny działa początkowo podniecająco, następnie zaś poraża go; badacz ten utrzymuje wogóle, że chlorek barowy działa na serce i obieg krwi podobnie, jak naparstnica.

Kakowskij (24) wśród innych środków leczniczych badał również wpływ chlorku barowego na odosobnione serce królików i kota w rozcieńczeniach 1:400·000—1:5000. Wnioski, do których doszedł, są następujące: średnie dawki chlorku barowego (1:200000—1:25 000) wywołują „początkowo zwolnienie i wzmożenie, następnie powrót tętna do dawnego stanu i osłabienie, wreszcie niemiarowość; chlorek barowy może regulować rytm; duże dawki (1:5000) znacznie zwalniają i wreszcie wstrzymują ruchy serca; zwolnienie zależy od bezpośredniego działania baru na przyrząd ruchowy serca; zresztą jednak wzmożenie pracy odosobnionego serca nie zwraca na siebie szczególniejszej uwagi" (str. 131—132). Takie są wnioski Kakowskiego, który wykonał swe badania w pracowni R. Koberta. Muszę jednak zaznaczyć, że ta praca nie wytrzymuje w wielu miejscach poważnej krytyki naukowej. By tego dowieść, wystarczy zwrócić uwagę chociażby na doświadczenia z chlorkiem barowym: wszystkie te doświadczenia wykonał bowiem Kakowskij na nader osłabionych i nieprawidłowo tętniących sercach lub na sercach zwierząt padłych. Rzecz prosta, że przy takiej metodyce przepłukiwanie serc odżywczą cieczą Ringer-Lockea mogło już samo przez się sprzyjać uregulowaniu i wzmożeniu czynności serca bez wszelkiego udziału chlorku barowego, dodanego w bardzo znacznem rozcieńczeniu. Kakowskij uważa za możliwe doświadczenia z płynem Ringer-Lockea na odosobnionem sercu kota (str. 131), chociaż ten płyn jest, jak wiadomo, izotoniczny jedynie względem surowicy krwi królików. Dla objaśnienia działania chlorku barowego na serce kota, przytacza Kakowskij krzywą skurczów serca, nie podaje jednak dla porównania krzywej prawidłowej czynności serca (str. 233 w. 31). Kakowskij odróżnia skurcze serca parzyste i nieparzyste (str. 130), nie określając odróżniających je cech i t. d. Zastanawiać się dłużej nad tą pracą, pomimo jej objętości, uważam za zbyteczne, ponieważ nawet sam Kakowskij wydaje jej poniekąd *testimonium paupertatis*, gdy mówi, że praca ta nie jest pozbawiona „usterek, mianowicie: niedopatrzeń, opuszczeń, nieścisłości i niedomówień, zwłaszcza zaś grzeszy tem, że wnioski są nieobmyślane (otsutswije produmannosci w wywodach) i t. d." (str. 241).

W ostatnim czasie ogłosił Brat doświadczenia na kotach z sercem wyodrębnionem *in situ* metodą Bock-Heringa; okazało się, że chlorek barowy przyspiesza skurcze serca (z 30 do 33, nawet 36 w ciągu 10''), obniża fale tętnicze, obniża ciśnienie krwi, wywołuje czasami rytm bliźniaczy i trojaczy (*trigeminia*) lub niemiarowość; w niektórych zresztą doświadczeniach po chlorku barowym pojawiła się nieprawidłowa czynność serca bez poprzedniego przyspieszenia.

Wpływ chlorku barowego na układ krwionośny po za obrębem serca badali, prócz Mickwitza, Böhma i Bary, Ringer i Sainsbury, Kobert (25), Thomson (26), Treu (24), Paldrock (28) Pick (29) i Zakusow (30). Wykonując doświadczenia na różnych narządach odosobnionych (kończyny, nerki, pętle jelit i t. d.) zwierząt o stałej i zmiennej ciepłocie, badacze ci przekonali się, że chlorek barowy jest środkiem, wybitnie zwężającym naczynia, nawet w rozcieńczeniu 1:100 000 (Zakusow). Kobert i Paldrock tłómaczą to działanie bezpośredniem działaniem baru na mięśnie naczyń, Bary zaś, przyjmując przeważny wpływ baru na te mięśnie, nie odrzuca wpływu na nerwy naczyniowe, jakkolwiek uznaje, że jest on nieznaczny.

Brodie i Dixon (31) w najnowszej pracy stwierdzili również, że chlorek barowy zwęża naczynia odosobnionych narządów i dowiedli tego nawet co do płuc, których naczynia pod wpływem adrenaliny, pilokarpiny i muskaryny ulegają rozszerzeniu. Ta różnica w działaniu tych środków zależy zdaniem Brodie i Dixona od tego, że bar działa bezpośrednio na mięśnie naczyniowe, adrenalina zaś, pilokarpina i muskaryna wpływ swój wywierają na zakończenia nerwów naczynioruchowych, których, jak wiadomo, naczynia płuc nie posiadają.

W miarę postępu badań wpływu baru na serce i obieg krwi, zaczęto zalecać w piśmiennictwie, by stosować go jako środek sercowy jednakowej wartości leczniczej z naparstnica. (C. d. n.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał
Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Z prądem krwi i limfy przenika wyskok do wszystkich narządów ustroju i działa na ich komórki. Największy wpływ wywiera wyskok w ustroju zwierzęcym na tkankę najbardziej złożoną, tj. tkankę nerwową, a z niej przedewszystkiem na komórki kory mózgowej, jako twory najsubtelniej uorganizowane. Że tak jest w rzeczywistości, wynika z badań Schulinusa i nowszych Gréhanta, którzy oznaczając ilość wyskoku w poszczególnych narządach po dużych dawkach wyskoku lub też po upiciu się, znajdowali go stosunkowo najwięcej w mózgu, a najmniej w wątrobie.

Jak wyskok działa na mózg i że przedewszystkiem działa na mózg, tego uczy nas na tysiącznych przykładach praktyka codzienna. Działanie jego objawia się tutaj przedewszystkiem zniknięciem uczucia znużenia, a więc pozornem, chwilowem spotęgowaniem zdolności do pracy; w rzeczywistości objaw ten zdaje się polegać na oszołomieniu pewnych ośrodków nerwowych i osłabieniu skutkiem tego pewnych wpływów hamujących. Następstwem tego jest równocześnie pewne rozpętanie wyobraźni z szybszym przebiegiem i obfitszą ilością skojarzeń, czego wyrazem jest żywość, ruchliwość, odwaga, brak troski, wesołość, dowcip, gadatliwość i uczucie ogólnego podniecenia, u osób wrażliwszych kłótliwość, gniewliwość, swawola i t. d. Z powiększeniem dawki i rozpostarciem się działania na dalsze obszary układu nerwowego nastaje drugi okres działania wyskoku, działanie odurzające, objawiające się pewnego rodzaju znużeniem, ociężałością, brakiem stanowczości, upośledzeniem sądu i krytyki, u innych nieprzepartą potrzebą snu, działanie, poszukiwane właśnie z tego powodu przez wielu dla tych letejskich własności wyskoku.

Ścisłe doświadczenia nad działaniem wyskoku na właściwe czynności psychiczne są zdobyczą czasów nowszych. Jeszcze w r. 1873 wykonywał je Exner w Wiedniu, potem Dietl, Vintschgau. Właściwie jednak dokładne wiadomości o tym wpływie podał dopiero heidelberski psychiatra Kräpelin w pracy swojej o działaniu na proste czynności psychiczne niektórych środków lekarskich, jak chloroformu, eteru, herbaty, morfiny, a przedewszystkiem wyskoku, a wynik jego badań jest tak ciekawy, że warto go przytoczyć:

„Jeżeli rzucimy okiem na całość obrazu, wywołanego działaniem wyskoku, któryśmy usiłowali z doświadczeń sobie wytworzyć, to nie można zaprzeczyć, że są to te stare, z codziennego doświadczenia nam wszystkim dobrze znane rysy, z których się on składa. W lekkich zarysach daje nam doświadczenie te same objawy, które w ciężkich postaciach ostrego zatrucia wyskokiem brutalnie odtworzone wszędzie spostrzegamy. Utrudnieniu pojmowania w naszych doświadczeniach odpowiada niezdolność pijanego do śledzenia tego, co się w jego otoczeniu dzieje, znalezienia się odpowiedniego, trudność pobudzenia uwagi, potęgujące się aż do całkowitej niewrażliwości, przytępienie jego narządów zmysłowych. W zwolnieniu spraw kojarzenia się odnajdujemy obniżenie umysłowych czynności pijanego, niemożność wyłuszczenia sprawy bardziej zawikłanej lub zrozumienia jej, utratę sądu wobec własnych i obcych wytworów ducha, brak jasnego rozważenia i zrozumienia doniosłości własnych słów i czynów. Jakościowe zmiany skojarzeń oznaczają nam: płytkość biegu myśli, skłonność do stereotypowych i trywialnych zwrotów mowy, do pustych dowcipów słownych, do kaleczenia obcych języków. Ułatwienie ruchowych odczynów nakoniec jest źródłem spotęgowanego poczucia siły, ale także wszystkich owych nierozważnych, bezcelowych, popędowych i gwałtownych działań, któremi wyskok tak się osławił nietylko w historyi głupich i swawolnych psot, ale także szczególnie w rocznikach zbrodni popędowych. Z niego płynie podatność, z jaką towarzystwo podpitych daje się porwać przez jedno hasło, jeden koncept, przykład do najnierozumniejszych czynności, z niego gadadliwość, popęd do hałasowania, śpiewania, krzyczenia, kłótni, które, jak to poprzednio roztrząsaliśmy, jeszcze wtedy nawet trwają, kiedy utrudnienie myślenia jest już wyraźne. Do tej strony działania wyskoku należy odnieść zapewne także to doświadczenie, że pod wpływem środka tego odpadają te psychiczne hamulce, które określamy jako lękliwość, zakłopotanie, że wyzwalamy się z pod władzy tych wszystkich niezliczonych względów, które zresztą w stosunkach ludzkich nasze działanie i mowę najdokładniej regulują. Uwalniamy się od uprzedzeń, stajemy się odważni i bezwzględni, mówimy, co nam na sercu leży, wypowiadamy poprostu nasze zdanie, nie troszcząc się o dalsze tego skutki, rozgadujemy nasze tajemnice i dzielimy się najtajniejszemi poruszeniami naszej duszy z całkiem obojętnemi i obcemi osobami“.

Badania te nad działaniem wyskoku poprowadzili dalej uczniowie Kräpelina, jak Ach, z którego doświadczeń wypływa, że wyskok uszkadza czynność psychiczną tem silniej, im większych ona wymaga wysiłków, co również zgadza się z codziennem doświadczeniem; stąd wynika, że „wyskok na pracownika umysłowego, który pracuje twórczo, najszkodliwiej działać musi“. Tą samą drogą poszodł Joss i doszedł do tych samych wyników, badając wpływ wyskoku na zwykłą, złożeńszą pracę duchową, a Aschaffenburg, badając wpływ na wyniki zwyczajnej pracy.

W dalszych doświadczeniach szkoły Kräpelina chodziło głównie o rozwiązanie pytania, jak długo trwa stan oszołomienia i mniejszej sprawności psychicznej po jednorazowej i większej dawce wyskoku, a powtóre o wpływ przewlekłego działania wyskoku na czynności duchowe. Pierwsze pytanie starali się rozwiązać Fürer i Rüdin, drugiem zajął się Smith, a z doświadczeń tych wynika fakt dla nauki niezmiernie doniosły, że podobnie, jak niektóre inne trucizny, wywiera wyskok wyraźne działanie następowe, trwające dni kilka, czyli że przy stałem użyciu jego wpływy szkodliwe mogą się sumować. Doświadczenia Smitha powtórzył następnie Kürz i sam Kräpelin, a wynik swych badań ujęli oni w te słowa: „Jednorazowa dawka 80 grm wyskoku nie znika z ustroju szybko i całkowicie, ale pozostawia po sobie pewne działanie następowe, które po dobie jeszcze nie całkiem ustaje. Jeżeli się dawkę tę po dobie powtarza, to następuje powoli działanie zbiorowe, które uważać musimy

już za pierwszą oznakę przewlekłego alkoholizmu, a które już po 12-dniowem trwaniu da się bardzo wybitnie stwierdzić, ponieważ polega na obniżeniu zdolności do pracy, wynoszącem 25—40%. Stąd wynika naukowe określenie alkoholizmu, które wybiega daleko poza określenie codziennego życia. Pijakiem jest każdy, u którego trwałe działanie wyskoku stwierdzić się daje, u którego zatem działanie następowe jeszcze nie zniknęło, kiedy nowe się już zaczęło. Zwyczajną cielesną i duchową pracę spełnia pijak bez wybitnego zaburzenia, ale zdolność do roboty trudniejszej, roboty o wyższej wartości zatraca się. W kieracie zwykłej pracy zawodowej może przeto pozostać całkiem niespostrzeżonem obniżenie zdolności do pracy przez trwałość działania wyskoku; ono objawia się zatamowaniem samodzielnej, twórczej pracy, niezdolnością do rozwiązywania wielkich, pełnych odpowiedzialności zadań".

We wszystkich tych badaniach, a zwłaszcza ostatnich Kürza, stwierdzano niewątpliwie działanie następowe wyskoku dopiero po dawkach stosunkowo wielkich, bo wynoszących 80 grm dziennie czystego wyskoku, co odpowiada 8 szklankom piwa lub 8 kieliszkom wódki, dawkach, których jak słusznie podnosi Klecki, bezwarunkowo za umiarkowane uważać nie można. Czy po dawkach małych, umiarkowanych podobne szkodliwe działanie zbiorowe na czynność psychiczną również istnieje, na to szkoła Kräpelina nie dała odpowiedzi i co do tego brak wszelkich doświadczalnych danych. Wynikiem tych wszystkich badań jest na wszelki sposób to, że pewne ośrodki nerwowe wyskok pobudza, być może tylko pozornie podnieca przez zahamowanie innych wyższych ośrodków, ale zawsze podnieca, inne zaś wyższe ośrodki odrazu odurza. Czy człowiek ma obowiązek być zawsze zimno-trzeźwym i nie wolno mu nigdy, choćby w najcięższych chwilach, korzystać z tego działania czyto podniecającego, czy odurzającego, nie jest rzeczą naszą rozstrzygać. Ale że lekarz może i powinien w wielu przypadkach z tego działania korzystać, że jemu i jego działalności ten *„diabolus in solutione"* może oddać wielkie usługi, na to postaramy się w dalszym toku naszych wywodów wskazać.

Pobudliwość narządów zmysłowych pod wpływem wyskoku, jak to zgodnie wszyscy przyznają, tępieje; stwierdził to Gley i Richet na zmyśle czucia i słuchu, Ridge na zmyśle wzroku, a Fröhlich na zmyśle węchu.

(C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. A. Fraenkel. **O leczeniu zapalenia płuc.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, I). Leczenie zapalenia płuc wielkiemi dawkami naparstnicy znalazło zwolenników we Francyi, mniej zaś w Niemczech. Fraenkel stosuje nieraz do 4 gramów naparu naparstnicy w ciężkich przypadkach, a zwłaszcza tam, gdzie liczba tętna ma skłonność do wzmagania się, parcie krwi zaś przeciwnie do obniżania się. Naparstnica obniża także ciepłotę, chociaż to jej działanie ma mniejszą wagę. Lecz leczenie włóknikowego zapalenia płuc wielkiemi dawkami naparstnicy wymaga niektórych ostrożności i dozwolone jest tylko w pierwszych trzech dniach choroby i nie dłużej też, jak tylko przez trzy dni, u chorych, nie cierpiących ani na organiczną chorobę serca lub naczyń, ani też na przewlekłe zapalenie nerek. W późniejszych dniach choroby dozwolone są tylko mniejsze dawki naparstnicy. Główną rolę przy osłabieniach i zapadach chorych na zapalenie płuc odgrywa porażenie nerwów naczynioruchowych, dlatego też mają tu ważne znaczenie środki, wywierające wpływ na unerwienie naczyń, jak przedewszystkiem kofeina, która wzmaga także krążenie w naczyniach wieńcowych serca, a może je nawet rozszerza i poprawia w ten sposób pośrednio sprawność mięśnia sercowego. F. stosuje więc kofeinę w wielkich dawkach, jeżeli tętno jest słabo napięte, a bardzo często, albo też wobec innych niebezpiecznych objawów, jak znaczna sinica i duszność w połączeniu ze zwątrobieniem kilku zrazów płucnych, wogóle w ciężkich zapaleniach płuc. Autor stosuje kofeinę wyłącznie w postaci wstrzykiwań podskórnych, w tej bowiem postaci nie działa ona na żołądek i skutek jest o wiele szybszy; a używa tylko 10 prc. roztworu, ponieważ wstrzykiwanie jest mniej bolesne, niż 2 prc. Tego roztworu wstrzykuje się 1 cm. sz. co 2—3 godz., a nawet co godzina, zależnie od częstości tętna i jego napięcia; wogóle wahała się ilość zużytej w jednej dobie kofeiny między 0·6—1·5 gr. Kofeina nie działa zbiorowo, zasługuje przeto na pierwszeństwo przed wielkiem dawkami naparstnicy. Jedynym skutkiem ubocznym wielkich dawek kofeiny są pewne, nieraz silne objawy mózgowe, jak niepokój, rzucanie się i bezsenność i wtedy należy lek ten usunąć. Według doświadczenia autora kofeina tylko w tych przypadkach nie skutkowała, w których liczba tętna przekraczała 130 uderzeń na minutę, natomiast dopisała mimo innych ciężkich objawów prawie zawsze wtedy, jeżeli liczba tętna nie przekroczyła 110 uderzeń. W przeciwieństwie do wielkich dawek naparstnicy nie wywiera kofeina żadnego wpływu na ciepłotę. Oczywiście można skutek kofeiny jeszcze popierać innymi środkami sercowymi, jak kamforą. F. stosuje także w zapaleniu płuc, jak i w innych ostrych chorobach zakaźnych, regularne dawki wyskoku; mocnych środków wyskokowych, jak koniaku i szampana, należy użyć dopiero w razie prawdziwych objawów zapadu. *Dr. Fels.*

Umber. **O leczeniu naparstnicą.** (*Ther. der Gegenwart* 1906, I). Działanie używanej już od 120 lat naparstnicy dopiero w ostatnich lat dziesiątkach zostało dokładnie zbadane. Stosowanie naparstnicy jest wielką sztuką, a brak skutku jest często tylko wynikiem nieodpowiedniego jej stosowania. Wobec serca zdrowego naparstnica prawie wcale nie działa na mechanizm krążenia, dlatego n. p. chybia celu chcieć usuwać wysięki opłucne i t. p. zapomocą naparstnicy, jeśli mechanizm krążenia jest nienaruszony. Naparstnica tylko tam może wywrzeć wpływ na krążenie, gdzie ono doznało zaburzenia, gdzie więc istnieje chorobowy rozdział krwi, t. j. zastój w układzie żylnym i zwykle, chociaż nie zawsze, brak krwi w układzie tętniczym. Gdzie ten chorobowy rozdział krwi u chorych sercowych jeszcze nie powstał, tam i leczenie naparstnicą nie jest właściwe. By naparstnica działała skutecznie, potrzebna jest dalej jeszcze dostateczna część sprawności mięśnia sercowego; wobec daleko posuniętego jego zwyrodnienia zmiany w krążeniu jeszcze się pod wpływem naparstnicy pogarszają. Dawkowanie naparstnicy musi się stosować do rodzaju choroby serca, i kto stosuje zawsze jednakowe dawki, nigdy nie osiągnie zupełnego skutku. I tak zaburzenia przy wadach zastawki dwudzielnej wymagają wielkich dawek (0·8—1·0 w naparze na dzień), zaburzenia przy wadach zastawek tętnicy głównej tylko małych dawek (0·25—0·4 na dzień). Przy połączonych wadach zastawkowych dawka zależy od wady przeważającej. Również i przy zmianach mięśnia sercowego wielkie dawki naparstnicy są przeciwwskazane. U. zaleca gorąco dłuższe stosowanie małych dawek naparstnicy

Dalsze pytanie dotyczy szczegółu, w jakiej postaci składniki naparstnicy najlepiej działają. Znaną jest rzeczą, że działanie naparstnicy zależy bardzo od pory zbioru i pochodzenia liści i że zmniejsza się ono po dłuższem lub niestosownem ich przechowaniu, jak i napary mniej są skuteczne, jeśli nieco dłużej stoją. Również bardzo chwiejne jest działanie nalewki naparstniczanej. Właściwym czasem na zbiór naparstnicy jest miesiąc lipiec, w tym i następnych miesiącach działanie jest najsilniejsze i zmniejsza się potem tak, że po roku wynosi tylko czwartą część pierwotnej siły; na ten szczegół więc należy zawsze uważać. Mimoto z końcem lata i w jesieni nastają nowe trudności, albowiem farmakopea przepisuje wprawdzie coroczne odnawianie liści naparstnicy, nie podaje jednak ściśle terminu odnawiania, który też w różnych aptekach rozkłada się na kilka miesięcy; dlatego Focke zalecił, by w recepcie dodać rok zbioru żądanych liści naparstnicy (n. p. *fol. digit. de 1905*) i według tego oznaczyć dawkę, albo dodawać w recepcie *fol. digit.* »*titr.*« (mianowany), t. zn. fizyologicznie oznaczone przetwory, jakie dzisiaj wytwarzają różne fabryki, chociaż i te przez dłuższe i nieodpowiednie przechowanie mogą tracić na sile. Próbowano także i tę wadę usunąć przez różne przyrządzanie liści i wytwarza się także farmakodynamicznie mianowane dyalizaty naparstnicy, a od kilku lat starano się użyć dla celów leczniczych digitaliny i digitoksyny, głównych działających składników naparstnicy. Jednak prze-

twory digitaliny nie nadały się do stosowania w praktyce, a digitoksyna Mercka wymaga wiele ostrożności w stosowaniu. Innym przetworem digitoksyny jest *digitoxinum solubile*, zwane „digalen", którego 1 cm. sz. zawiera 0·3 mg. digitoksyny i odpowiada 0·15 skutecznych liści naparstnicy. Wskazania dla digalenu są te same, jak dla naparstnicy. Gdzie idzie o szybkie działanie naparstnicy, jakoteż w razie wymiotów i zaburzeń trawienia, poleca się wstrzykiwanie digalenu do żył w dawce po 2 cm. sz. Podskórne zaś wstrzykiwanie digalenu jest bolesne i nie przewyższa wcale wewnętrznego stosowania. Dla dłuższego leczenia digalen jest mniej wskazany, niż liście naparstnicy mianowane.

Dla usunięcia puchlin sercowych lub sercowo-nerkowych poleca się połączenie przetworów naparstnicy, więc i digalenu, z jednym z nowszych środków moczopędnych, jak *coffeinum natriobenzoic.* (0·2 gr. 3—6 × dziennie), diuretynę (4—5 × 1·0 w przeciągu popołudnia) lub agurynę (4—5 × 0·5 w przeciągu popołudnia). Również dobre jest *theophyllinum natrio-aceticum* (*1·5 : 200 aquae* do 6 łyżek dziennie), które jednak należy podawać dopiero wtedy, kiedy osiągnięto już skutek naparstnicy, t. j. w dobę po pierwszej dawce naparstnicy przy stosowaniu wewnętrznem. *Dr. Fels.*

Prof. Pässler. **Leczenie salicylem i zapalenie nerek w ostrym gośćcu stawowym.** (*Ther. der Gegenw.* 1906, II). Lüthje stwierdził, że wewnętrzne stosowanie salicylu wywołuje prawie zawsze ostre zapalenie nerek, które jest jednak nadzwyczaj lekkie i po usunięciu salicylu znika bez śladu; dlatego też można ostry niepowikłany gościec stawowy leczyć nadal salicylem. Jak jednak postąpić, gdy ostry gościec sam wywołał zapalenie nerek? Lecząc takie powikłanie u 16-letniego chłopca, P. podawał przez siedem dni po 3 gr. aspiryny, mimoto stan nerek się polepszył i po usunięciu leku zapalenie zupełnie ustąpiło. Tak więc aspiryna, usuwając gościec, wywarła pośrednio dobry wpływ na nerki. Zresztą dowiódł niedawno Frey, że przez alkalizowanie moczu zapomocą wód alkalicznych lub dwuwęglanu sodu można wogóle zapobiedz wszelkiemu bezpośredniemu podrażnieniu nerek przez salicyl. *Dr. Fels.*

Hauffe. **233 przypadki gośćca stawowego, leczone bez przetworów salicylowych.** (*Ther. der Gegenwart* 1906, II). H. jest lekarzem w szpitalu prof. Schweningera i poleca używany tam sposób fizykalno-dyetetycznego leczenia gośćca stawowego. Polega ono na gorących kąpielach (38—45° C.) i okładach gorących w różnej postaci. Po kąpieli gorącej, w której bolesność stawów się zmniejsza, następuje zawijanie na godzinę, poczem smaruje się staw oliwą, pokrywa papierem gutaperchowym, na to wata szara i opaska lub flanelka; opatrunek ten pozostawia się przez cały dzień. Okłady te stosuje się tak długo, dopóki obrzęki i bole nie znikły zupełnie. Na staw barkowy, biodrowy i na piersi można zamiast oliwy stosować terpentynę, pokrywając papierem gutaperchowym i taki okład może nawet przez kilka dni pozostać. Przy silnych bolach kładzie się na te okłady jeszcze worek gutaperchowy, napełniony gorącą wodą lub gorące banie, flaszki, kamienie, kataplazmy. Jeśli nogi są zajęte, stawia się łóżko z tej strony wyżej. Zabiegi te wywołują przekrwienie miejsc chorych, podobnie jak sposób Biera. W dalszym ciągu leczenia następują gorące kąpiele miejscowe; powikłania choroby nie przeszkadzają w stosowaniu kąpieli. Przy zapaleniu wsierdzia i osierdzia miejscowe okłady gorące. Skoro bolesność ustała, rozpoczyna się ruchy bierne w kąpieli, albo zaraz po kąpieli, bo wtedy są najmniej bolesne. Również i chory sam wykonuje ruchy czynne i zmienia często położenie w łóżku. Chorzy muszą rychło wstać z łóżka i chodzić, przez co zapobiega się zesztywnieniom stawów, potem następuje gimnastyka i ruchy na wolnem powietrzu. Po ustąpieniu gorączki stosuje się obok gorących kąpieli miejscowych także zimne tusze lub zmywania. Dobrze działają także kąpiele powietrzne, a nieraz już z początku choroby wynosi się chorego w łóżku po kąpieli na powietrze słoneczne. Chorym podaje się mało mięsa i więcej jarzyn, wogóle szczupłe, lecz częste pożywienie, do picia podaje się soki owocowe, a w razie silnego pragnienia gorące płyny łyżeczkami, co doskonale gasi pragnienie, podobnie jak i płukanie ust gorącą wodą. Przewlekły i zniekształtniający gościec stawowy leczy się w ten sam sposób kąpielami gorącemi, zwłaszcza miejscowemi, ruchami biernymi i czynnymi i dyetą, polegającą na skromnych, lecz częstych posiłkach. Podobnie leczy się i gościec wiewiórowy, zapalenie stawów po płonicy, pląsawicę, plamicę (*purpura*), rumień guzowaty i inne pokrewne gośćcowi choroby. *Dr. Fels.*

C. Hofmann i R. Lüders. **Vesipiryn, nowy środek przeciwgośćcowy i odkażający mocz.** (*Ther. der Gegenwart* 1906, II). Vesipiryna, znajdująca się w handlu w proszku i kołaczykach, nie rozpuszcza się w wodzie, jest prawie bez smaku i zapachu. Łączy w sobie działanie kwasu salicylowego i fenolu bez skutków ubocznych salolu. Chemicznie ma się ona do salolu tak, jak aspiryna do kwasu salicylowego; nie rozkłada się w żołądku, lecz dopiero w jelitach, dlatego oddzielony tam kwas salicylowy dostaje się do krwi i może działać istotnie skutecznie jako środek przeciwgośćcowy i odkażający mocz. Po użyciu większych dawek mocz pozostaje zupełnie czysty i nie zmienia barwy prawidłowej. Nieznaczną ilość kwasu karbolowego, zawartą w tem połączeniu, wyrównywa i zobojętnia zupełnie zawarty w leku kwas octowy (najlepsza odtrutka karbolu). Nie pojawia się zatem nigdy mocz karbolowy, ani podrażnienie nerek, ani białkomocz lub krwiomocz. Vesipiryna zastępuje zupełnie salol i poniekąd aspirynę. Ponieważ kwas salicylowy oddziela się dopiero w jelitach, przeto nie działa ona niekorzystnie na żołądek; napotnie nie działa ona wcale, albo bardzo mało i dlatego nadaje się do leczenia chorych chodzących. Vesipiryna jest wskazaną w zapaleniach pęcherza, gdzie według autorów działa szybko i skutecznie, w zapaleniu miedniczek nerkowych i wogóle wtedy, gdy chcemy działać odkażająco na drogi moczowe; również dobrze działa zapobiegawczo w przypadkach cewnikowania pęcherza (1—2 gr. dziennie), podobnie jak helmitol bez ujemnych skutków ubocznych. Dalej wskazanym jest ten lek w ostrym gośćcu stawowym (4—6 gr. dziennie) i bolach gośćcowych, nerwobolach, grypie. Dorosłym podaje się zwykle 3 razy dziennie po 1 grm. w przerwach jednogodzinnych, dzieciom 0·5 kilka razy dziennie. *Dr. Fels*

Bittorf. **W sprawie patogenezy wrodzonego zaparcia stolca (choroba Hirschsprunga).** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 6). Na podstawie własnego przypadku, stwierdzonego sekcyą, a dotyczącego 5-miesięcznego dziecka, oraz danych z piśmiennictwa, uważa autor nadmiernie długą pętlę esowatą za przyczynę tej sprawy. Zalegający kał wywołuje przez bezpośredni ucisk i przez wytwarzające się obficie gazy stopniowe rozszerzanie się jelita, co oczywiście znowu utrudnia wydalanie kału. Nadmiernie obciążona, a skutkiem długiej krezki nadmiernie ruchoma pętla esowata łatwo opada ku stronie prawej, przez co wytwarza się na przejściu pętli esowatej w odbytnicę załamanie ściany kiszki, a temsamem zwężenie jej światła, zwłaszcza jeżeli t. zw. zwężenie Amussata, które w tem miejscu bywa już fizyologicznie, jest wybitnie wykształcone. *Dr. M. Godlewski.*

Barszczewski. **Dziesięciolecie promieni X w medycynie praktycznej.** (*Gazeta lek.* 1906, Nr. 3). Dotychczas zebrane doświadczenie poucza, że nawet w tym zakresie, w którym promienie Röntgena mogą przynieść medycynie istotny pożytek, uzyskać mogą dobry wynik tylko lekarze, dobrze z rzeczą obznajomieni. Do pierwotnego rozpoznawczego zastosowania promieni X w chirurgii przy złamaniach i wyszukiwaniu ciał obcych, przybyły w miarę doskonalenia się przyrządów i sposobów badanie i dokładne oznaczenie stosunku serca do otoczenia, radyoskopia dróg oddechowych górnych i płuc (ciała obce, zagęszczenia miąższu płucnego, ropnie, nowotwory, późniejsze okresy gruźlicy), stwierdzenie kształtu i położenia żołądka (po zadaniu 10—20 prc. *mag. bism.* z mlekiem), wykrycie, a nawet określenie rodzaju kamieni moczowych. Natomiast w kamicy żółciowej promienie X pod względem rozpoznawczym niewielki przynoszą pożytek. W celach leczniczych wprowadzono naświetlanie promieniami X w rozmaitych chorobach skórnych, w przypadkach raka i w białaczce, jednak, jak dotąd, ze skutkiem wątpliwym. *Dr. Hilfstein.*

M. Meyerhof. **W sprawie rozpoznawania duru zapomocą typhusdiagnosticum Fickera.** (*Berl. klin. Wochs,* 1906, Nr. 6). W przebiegu duru z końcem drugiego tygodnia choroby wypada próba Fickerowska dodatnio, dlatego też zapomocą tego sposobu nie można wcześnie duru rozpoznać. Za to sposób ten dla odróżnienia duru od innych chorób jest bardzo dobry. Próby tym sposobem w innych cierpieniach przedsięwzięte, zawsze wypadały ujemnie. Raz jedyny wypadła próba ta dodatnio u chorej, która przebyła przed 6 laty dur. Próba Fickerowska wypada również ujemnie w paratyfusie. M. otrzymuje krew zapomocą nakłucia żyły łokciowej środkowej. Sposób ten da się nawet u dzieci łatwo wykonać, a lepszy jest stanowczo od nacinania skóry na lędźwiach i stawiania w tem miejscu baniek. *E.*

Prof. Jaksch. **O nie zauważonem dotąd źródle pentozuryi pokarmowej.** (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1906, Nr. 6). Jaksch wspomina o typowym przypadku pentozuryi przewlekłej, rozpoznawanej przez lekarzy długi czas jako cukrzyca. Mając zamiar przypadek ten gdzieindziej ogłosić, zwraca obecnie uwagę tylko na to, że napoje owocowe, nie zawierające wyskoku, jak w tym przypadku jabłecznik, zawierają obficie pentozy, a po 1—1½ litra takiego napoju w moczu tak zdrowych, jak chorych, wypadają dodatnio próby Trommera, Nylandera, Tollensa, a ujemnie próba fermentacyjna. Pentozurya trwa po użyciu napoju najmniej 24 godzin. Stąd wnioski dla lekarza praktyka: 1) w razie dodatnich prób powyższych należy

uzupełnić wywiady co do używania napojów owocowych; 2) nigdy nie zaniedbywać przy badaniu próby fermentacyjnej i Tollensa. Gdy one wykażą jedynie pentozy, niema przeciwwskazania do dalszego używania takich napojów. *Dr. Flis.*

V. Petiti. **O wyzyskaniu rożnych rodzajów cukru u chorych na cukrzycę.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). P. badał na klinice Senatora zdolność wchłaniania rozmaitych gatunków cukru, n. p. gronowego, trzcinowego, mlecznego i lewulozy u chorych na cukrzycę. Podawał cukier chorym jużto wewnętrznie, już też przez odbytnicę, którą przedtem oczyszczał zapomocą lewatywy ze zwykłej wody; przed doświadczeniem wprowadzał 4—5 kropel nastoju makowca do odbytnicy. Ilość cukru w moczu i stolcu oznaczał zapomocą metody polaryzacyjnej i Fehlinga doszedł do następujących wyników: 1. Każdy gatunek cukru ulega wessaniu w odbytnicy. 2. Czy cukier, podany wewnętrznie, lepiej się wchłania, niż przez odbytnicę, trudno rozstrzygnąć. 3. Po wprowadzeniu cukru do ustroju, czy to przez usta, czy przez odbytnicę, zawsze pojawia się w moczu większa ilość cukru prawoskrętnego. 4. Najlepiej wchłania ustrój cukier mleczny, najgorzej gronowy. 5. W cięższych postaciach cukrzycy nie zmienia się zatrucie kwasami po wprowadzeniu cukru do ustroju wymienionemi drogami; wydzielanie cukru nie zmienia się. 6. Lewatywy z cukru, szczególnie z cukru mlecznego powinnyby znaleść zastosowanie u chorych na cukrzycę. Na podstawie swych doświadczeń roztrząsa P. pytanie, czy cukier, wprowadzony do odbytnicy, dostaje się do wątroby, i dochodzi do wniosku, że w istocie tak się dzieje, wbrew zapatrywaniom Arnheima i Orłowskiego (*Zeitschr. f. diät. und physik. Ther.* Tom VIII, S. 75 i 481). *E.*

Wł. Palmirski i Z. Karłowski. **Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1904.** (*Medycyna* 1906, Nr. 5). Statystyka ta dotyczy 1070 przypadków, a uwzględnia płeć, miejscowość, wiek, czas rozpoczęcia leczenia, gatunek zwierząt, które pokąsały chorych i pory roku. Ze wszystkich tych przypadków, leczonych metodą Pasteura, zmarła w r. 1904 wskutek wodowstrętu jedna osoba, t. j. 0·09 prc. Leczenie w tym przypadku trwało 30 dni. Podczas leczenia zmarły 2 osoby, z osób nieleczonych zmarło według zebranych wiadomości osób 5. Autorzy leczyli metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniami 8-dniowymi, kończąc 3-dniowymi. U osób pokąsanych w twarz rozpoczynali leczenie od 8-dniowych rdzeni, a kończyli jednodniowymi. Leczenie trwało od 16—30 dni; wstrzykiwali po 2 ctm.³ dość gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarażonego jadem stałym (*virus fixe*). Ciężko pokąsani otrzymywali dawki podwójne. Rdzenie lecznicze przechowywano w ciepłocie najwyżej 12—15° C. *E.*

PEDYATRYA. Epstein. **O niebieskiej plamie krzyżowej i innych mongołowatych objawach u europejskich dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, 63, styczeń, 1906). Autor spostrzegał niebieską plamę krzyżową (p. streszczenie pracy Fujisawy *Prz. lek.* 1905) kilkakrotnie, zanim sprawę poruszono w piśmiennictwie. Na podstawie badań, podjętych w praskim domu podrzutków w ostatnich dwóch latach, ocenia autor częstość zboczenia na 1: 600, spostrzegał je bowiem 4 razy na 2400 badanych noworodków. Wobec rzadkości objawu u dzieci białych, a częstości w rasie żółtej i malajskiej („prawie u wszystkich noworodków“) musimy go uznać za cechę rasową. Przeciwnie przy tak zw. mongołowatem niedołęztwie umysłowem, mongołowatem wejrzeniu, przyjmuje autor zboczenie zawiązkowe. Chodzi o dzieci o płaskiej, okrągłej twarzy, wiotkich tkankach, opóźnionem kostnieniu czaszki, rozwijające się powoli, a odznaczające się niezwykłą ruchliwością, zachowujące się cicho, „nie umiejące płakać“, okazujące nierzadko różne objawy zwyrodnienia i rozwój władz umysłowych upośledzony, ograniczoność aż do wyraźnej głupowatości. *Lewkowicz.*

Schkarin. **O aglutynacyi w zołzach.** (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 63, styczeń, 1906). Autor stwierdził u dzieci wybitnie zołzowych aglutynacyę prątków gruźliczych w 62·5 prc. przypadków, zatem wyniki podobne, jak u dzieci dotkniętych gruźlicą, klinicznie dającą się wykazać (78·9 prc.). Przeciwnie w przypadkach skazy wysiękowej, jak ją określa Czerny (język geograficzny, ciemiączko załupieżone, słodki strup, wypryski, świerzbiączka, wyrośle gruczołowate, przerost migdałków, nieżyty nosa, gardła i t. d.) i u dzieci niegruźliczych wynik dodatni stwierdzano tylko rzadko (25, względnie 21·4 prc.) i przeważnie tylko przy mniejszych rozcieńczeniach. Ze względu na to zachowanie się należy skazę wysiękową ze zołzów wydzielić. Odczyn dodatni próby ma znaczenie niewątpliwe w rozpoznaniu gruźlicy u dzieci, mianowicie gruźlicy utajonej. Rozpoznanie może być uważane za pewne, jeżeli odczyn następuje także przy większych rozcieńczeniach (1: 50, 1: 100). *Lewkowicz.*

Allaria. **Gęstość drobinowa surowicy krwi u dzieci dotkniętych zapaleniem nerek i bez niego.** (*Jahrb. für Kinderh.*, 63, styczeń, 1906). Autor badał 10 dzieci chorych na zapalenie nerek i 9 mających zdrowe nerki. Wyniki są następujące: Całkowita gęstość drobinowa surowicy krwi dzieci chorych na ostre lub przewlekłe, miąższowe lub śródmiąższowe zapalenie nerek prawie nigdy nie przekracza granic fizyologicznych, jeżeli nie ma objawów mocznicy. (U dorosłych często stwierdza się podwyższenie gęstości nawet bez objawów mocznicy). Tłómaczy się to tem, że u tych chorych stwierdzić można często pewien stopień rozwodnienia krwi. Przeciwnie u dzieci, dotkniętych mocznicą, gęstość drobinowa była zawsze wzmożona, co w przypadkach wątpliwych może mieć wielkie znaczenie rozpoznawcze. To podwyższenie polega, jak dowodzą badania przewodnictwa elektrycznego, na nagromadzeniu się drobin, nie podlegających jonizacyi, zatem drobin głównie organicznych, przedewszystkiem organicznych odpadków wymiany materyi. Wzmożenie gęstości drobinowej wskazuje na zatrzymanie we krwi tych odpadków i jest dowodem istnienia przyczyn, które wiodą do mocznicy. *Lewkowicz.*

Sarvonat. **Przypadek twardziny** (*sclerema*) **noworodków.** (*Arch. de méd. des enf.*, styczeń, 1906). Przypadek ten odznaczał się tem, że nie było obniżenia ciepłoty ciała, słabości wrodzonej, ani poprzedzających zaburzeń kiszkowych, któreby mogły wywołać utratę wody; skład tłuszczu podskórnego był prawidłowy. Za przyczynę przyjmuje autor na podstawie badania pośmiertnego i histologicznego ścięgnistą przemianę skóry i tkanki podskórnej, jako zboczenie wrodzone, lub pozostałość po przebytem zapaleniu. Patogeneza twardziny noworodków prawdopodobnie nie we wszystkich przypadkach jest jednaka. *Lewkowicz.*

NEUROLOGIA. Ziehen. **Zmiany kiłowe w obrębie tylnego dołu czaszkowego.** (*Ther. der Gegenwart*, 1906, I i II). Rozróżniamy trzy główne postacie kiłowych chorób mózgowych, a mianowicie: 1. zniedołężnienie poraźne, 2. kilakowa i 3. naczyniowa kiła mózgowa. Zniedołężnienie poraźne rzadko łączy się z kilakową lub naczyniową kiłą mózgu. Najczęściej jeszcze się zdarza, że w dalszym przebiegu kilakowej lub naczyniowej kiły mózgu klinicznie i anatomicznie porażenie postępowe się wyłania, natomiast nadzwyczaj rzadko w przebiegu porażenia postępowego rozwija się następowo kilakowa lub naczyniowa kiła mózgu. Natomiast dość częste są połączenia kilakowej i naczyniowej kiły mózgu. W obrębie kilakowej postaci kiły mózgu rozróżniamy jeszcze: przymiot kilakowy miękkich opon mózgowych (*leptomeningitis gummosa*), przymiot kilakowy miękkich opon mózgowych z zajęciem istoty mózgowej (*encephalomeningitis gummosa*) i przymiot kilakowy nerwów mózgowych i ich pochewek (*neuritis radicum gummosa*), które to trzy postacie po największej części ze sobą się łączą. Przymiot kilakowy mózgu rozwija się częściej na podstawie, niż na półkulach mózgowych.

Przymiot mózgu kilakowy lub naczyniowy, usadowiony w obrębie tylnego dołu czaszkowego, daje obraz kliniczny choroby mostu, rdzenia przedłużonego lub też móżdżku. Nieraz przymiot kilakowy w obrębie tylnego dołu czaszkowego wywołuje znaczną tarczę zastoinową. Z. opisuje cztery typy kiły w obrębie tylnego dołu czaszkowego. 1) W kilku przypadkach zaburzenia w zakresie nerwu trójdzielnego górowały jako jedyny prawie objaw w całym obrazie choroby. 2) Jeszcze częstsze są przypadki, w których nerw słuchowy podobną odgrywa rolę i to albo ramię przedsionkowe, albo ślimakowe, albo też obydwa. Wogóle objawy przedsionkowe są w kile tylnego dołu czaszkowego tak częste, że w każdym przypadku zawrotu o charakterze przedsionkowym należy to rozpoznanie mieć na oku, uwzględniając jednak to, że podobne objawy przedsionkowe i ślimakowe zdarzają się i w kiłowem zapaleniu okostnej kości skalistej bez zajęcia opon. 3) W trzeciej grupie przypadków przeważają objawy w zakresie podniebienia, krtani, przełyku, a często i języka, t. j. objawy ze strony 9—12. nerwu mózgowego. W jednym przypadku autora przeważało w obrazie chorobowym porażenie podniebienia i przełyku, uwydatniające się szczególnie w szybkiem zmęczeniu tak, iż takie przypadki łatwo pomieniać można z niedomogą mięśniową (*myasthenia*). 4) Ostatni typ kiły w obrębie tylnego dołu czaszkowego tworzą przypadki z zajęciem końca rdzenia przedłużonego, t. j. pierwszych nerwów szyjnych i nerwu dodatkowego. Te cztery typy jednak tylko rzadko występują odrębnie, albowiem łączą się zwykle ze sobą albo z przymiotem kilakowym przednich części podstawy i półkul mózgu, jakoteż z objawami psychicznymi tak, że powstają bardzo różne obrazy chorobowe. Z powodu bliskiego sąsiedztwa rdzenia przedłużonego przypadki to są bardzo niebezpieczne i leczenie powinno być energiczniejsze, niż wobec innej siedziby kilakowego przymiotu mózgu. Niestety często sprawa chorobowa mimo leczenia dalej postępuje i zejścia śmiertelne są dość częste. Leczyć zaś należy te przypadki wielkiemi dawkami rtęci i równo-

cześnie jodem. Z. podaje jodku sodowego 4—8 g. dziennie i poleca wcierać z początku 4—6 g. szaruchy dziennie, jednak w przypadkach groźnych należy dawkę podwyższyć na 8—12 g., a nieraz wyjątkowo nawet do 20 gr. *Dr Fels.*

W. Sterling. **Przyczynek do kazuistyki choroby Tay-Sachsa.** (*Idiotismus familiaris amauroticus*). (*Neurol. Centr.*, Nr. 2, 1906). Chorobę tę odznaczają następujące objawy: obojętność (apatya), zajęcie plamki żółtej, jasna ślepota *(amaurosis)*, niedołęstwo umysłowe i wiąd. Oprócz wszystkich tych objawów były w opisanym przez Sterlinga przypadku jeszcze przeczulica słuchowa odpowiednio do ogólnej nader wygórowanej wrażliwości chorego na podniety czuciowe, oraz cały szereg ruchów i automatycznych dźwięków, których zresztą w tej chorobie dotychczas nie spostrzegano. Również były napady swoistego rodzaju kurczów drgawkowych w mięśniach twarzy, ust, mięśniach oddechowych, oraz płacz kurczowy. Co się tyczy sfery ruchowej, opisano zwiększone napięcie wielu grup mięśniowych, zwłaszcza prostowników głowy, oraz zaniki mięśniowe bez zmian odczynu elektrycznego. Na większą atoli uwagę zasługuje objaw, tylko przez Sterlinga spostrzegany, a polegający na wyprostowaniu wszystkich palców przy drażnieniu dłoni, a zatem objaw, analogiczny do objawu Babińskiego na nodze. Zmiany anatomiczne tej nader rzadkiej postaci chorobowej (w piśmiennictwie istnieje zaledwie 9 protokołów sekcyjnych) polegają na sprawach zwyradniających (nie zapalnych!) obu półkul mózgowych z następowem zajęciem włókien nerwowych w moście, móżdżku, rdzeniu przedłużonym, oraz rdzeniu w ogólności. Jednym z pierwszych objawów rozpoznawczych jest zajęcie plamki żółtej na dnie oka, oraz zanik nerwu wzrokowego. Patogeneza dotychczas nieznana; Sterling skłania się do przyjęcia wrodzonych wad rozwojowych w mozgu, które w pierwszych miesiącach życia pozapłodowego prowadzić mają do zwyrodnienia układu nerwowego. Choroba ta jest rodzinna, a szczególnie nawiedza dzieci żydowskie. *Schudmak.*

W. Spielmeyer. **O szczególnym rodzaju niedołęstwa ze ślepotą.** (*Neurologisch. Centralblatt*, Nr. 2, 1906). Spielmeyer usiłuje na podstawie dokładnego spostrzegania klinicznego oraz badania anatomiczno-patologicznego wyodrębnić postać chorobową, wielce do choroby Tay-Sachsa zbliżoną, a przecież od niej się różniącą. W opisanych przez niego przypadkach znamionowały chorobę zaniany psychiczne, połączone z napadami padaczkowymi, dopiero w 6 roku życia występujące, usposobienie rodzinne (4 dzieci tej samej rodziny), oraz wybitne zmiany na dnie oka (*retinitis pigmentosa*) bez zajęcia plamki żółtej. Badanie pośmiertne stwierdziło w dwóch przypadkach sekcyjnych jedne i te same zmiany, jak się zdaje tej tylko chorobie właściwe, a mianowicie mikroskopowo układ nerwowy bez zmian, drobnowidowo zaś wybitne zmiany komórek zwojowych, rozsiane w całym układzie ośrodkowym, a szczególnie wybitne w istocie korowej półkul mózgowych; natomiast pochewki rdzenne i włókna osiowe były nietknięte. Na te typowe zmiany zwraca autor szczególną uwagę, sądząc, że tak typowemu obrazowi anatomicznemu odpowiadać musi typowa postać kliniczna, której ujęcie w cechy symptomatologiczne, li tylko dla niej znamienne, od dalszych spostrzeżeń zależeć będzie. *Schudmak.*

J. Grasset i Gaussel. **Objaw organicznego porażenia kończyny dolnej, polegający na niemożności podniesienia równoczesnego obu kończyn, przy możności podniesienia każdej z nich zosobna.** (*Revue neurologique*, Nr. 17, 1905). Tytuł sam zawiera istotę objawu. Mianowicie chory, dotknięty porażeniem jednostronnem organicznem, a leżący na wznak, zdoła podnieść każdą kończynę z osobna ponad powierzchnię łóżka; nie może jednak podnieść obu kończyn równocześnie. Autorowie w całym szeregu przypadków stwierdzili ten nowy, przez nich podany objaw, tłómaczą go zaś w następujący sposób. Do wykonania jakiegokolwiek ruchu potrzeba po pierwsze skurczu odpowiednich mięśni, a rozkurczu mięśni przeciwnaczych. (Prawdopodobną jest rzeczą, iż mięśnie przeciwnicze nietylko biernie, ale nawet czynnie z pewną siłą się wydłużają, jak tego zdają się dowodzić doświadczenia Sherringtona, który zauważył, że po przecięciu zupełnem nerwów, poruszających oko n. p. ku stronie lewej, można drażniąc odpowiedni ośrodek korowy wywołać jednak ten ruch dzięki czynnemu rozciąganiu się antagonistów mięśni porażonych). Oprócz tego jednak do wykonania jakiegokolwiek ruchu potrzeba ustalenia stawów sąsiednich, czasem nawet sąsiednich członów ciała. Podobnie chcąc siąść z pozycyi leżącej bez pomocy rąk trzeba oprócz pracy mięśni, zginających tułów i miednicę w stosunku do ud, jeszcze pracy tych mięśni, które wyprężają i prostują kończyny dolne i tych, które zdolne są przycisnąć kończyny do powierzchni łóżka. Już u zdrowego człowieka przy takiem siadaniu podnoszą się pięty nieco nad powierzchnię łóżka: jeśli jednak jedna noga wskutek niedowładu jest słabsza, niż druga, to ona podniesie się przy siadaniu bez pomocy rąk wyżej, niż zdrowa. Nazywamy to objawem niedowładu jednostronnego, Babińskiego. Odwrotnie chcąc podnieść, leżąc, obie kończyny dolne wyprostowane ponad łóżko, trzeba między innemi także te mięśnie natężyć, które ustalą tułów w stosunku do powierzchni, na której się leży. Przy podnoszeniu tylko jednej nogi trzeba oprócz tułowia ustalić także drugą kończynę. Przy istnieniu zatem połowiczego niedowładu, który dotyka także mięśnie lędźwiów i kręgosłupa, udaje się choremu, jeśli ma tylko jedną nogę podnieść, ustalić ciało, ustalając równocześnie i tułów i drugą nogę; tułów jednak zbyt mało ma siły, aby podołać zadaniu bez pomocy nogi: to też podniesienie równoczesne obu nóg staje się niemożliwe. *Dr. A. Rydel.*

F. Lange. **O przewlekłej postępującej pląsawicy (Huntigton) w wieku młodocianym.** (*Berliner klin. Wochs.* 1906, Nr. 6). Lange opisuje dokładnie spostrzegany przez siebie przypadek pląsawicy Huntingtonowskiej. Zdarza się ona głównie w średnim wieku, ale także i u ludzi jeszcze bardzo młodych. Choroba ta jest dziedziczna i nagabuje czasem całe rodziny. Pląsawica rodzinna zwykła w następnych pokoleniach nagabywać osobniki coraz młodsze, tak że im dalsze pokolenie, tem wcześniej cierpienie to występuje. Czynnikiem, wywołującym tę chorobę, jest po największej części uraz (mechaniczny, psychiczny). W rozpoznaniu różniczkowem ważne są: dziedziczność i wczesne zaburzenia psychiczne. Rokowanie jest niepomyślne. Leczenie w przypadkach daleko posuniętych bezskuteczne. *E.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Werner. **Leczenie gruźlicy pneuminem.** (*Therap. der Gegenwart.* 1906, II). Pneumin jest przetworem kreozotowym; ma postać proszku żółtawego, prawie bez smaku, o lekkim zapachu kreozotowym. Działa korzystnie na sprawę płucną, nie obciąża żołądka, podnosi łaknienie i nie wywiera skutków ubocznych; dawka dzienna 1·5—2·5. *Dr. Fels.*

Wpływ **digalenu** na serce badał doświadczalnie na żabach Kumoji Sasaki (*Berliner klin. Wochs.* 1905, 25). Stwierdził przytem, że serce żab oddziaływa na digalen zupełnie tak samo, jak na napar naparstnicy. Z podobieństwa działania toksykologicznego digalenu i naparstnicy wnosi autor, że digalen posiada główne i najważniejsze własności naparstnicy. Przy doświadczalnem zatruciu digalenem zjawia się niemiarowość dopiero w ostatniem okresie, i wtedy nawet nie bywa jednak tak znaczna, jak po naparstnicy. *Hf.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 29 grudnia 1905.

Obecnych członków 50; przewodniczący kol. Wechsler.

I. Wybrano komisyę-matkę w składzie, proponowanym przez zarząd. Wchodzą więc do niej: kol. prof. Beck, Franke, doc. Herman, Jasiński, prof. Machek, Mikołajski, Moszkowicz, doc. Rencki, Ruff, Sołowij, Stachiewicz, Weksler, Zawadzki, prof. Ziembicki.

II. Prof. Czyżewicz przedstawia chorą po **dwukrotnem pęknięciu macicy.** Po raz pierwszy zgłosiła się do kliniki położniczej lwowskiej z niezupełnem pęknięciem macicy przy położeniu miednicowem. Przypadek był świeży, chora wyszła zdrowa. Po raz drugi zgłosiła się na oddział położniczy w kilkanaście godzin po odpływie wód płodowych z gotowem pęknięciem po tej samej stronie, mierzącem około 15 cm. Otrzewna pozostała prawdopodobnie nienaruszoną. Wykonano obrót, poczem z powodu niestosunku trepanacyę. Podczas całego połogu nie było podwyższenia ciepłoty, co prelegent przypisuje nienaruszeniu jamy otrzewnej. Resztę pozostawiono siłom przyrody i oto chora przebyła szczęśliwie dwukrotne powikłanie, które z reguły jest śmiertelne. Oba te pęknięcia zaliczyć należy do tej grupy, która polega na zboczeniu w samej tkance; skąd jednak pochodzi ta kruchość tkanek, dotąd wyjaśnionem nie jest.

Kol. Obtułowicz przytacza z własnej praktyki podobny przypadek, który jednak za drugim razem zakończył się śmiercią. Za pierwszym razem po dokonaniu obrotu i wymóżdżenia na główce następującej u wieloródki przy zaniedbanem poprzecznem położeniu, spostrzegł kol. O. zupełne pęknięcie macicy od tyłu i od strony lewej, a przez szczelinę w ścianie macicy wysuwała

się sieć i pętle jelit. Po przestrzykaniu macicy ciepłym rozczynem sublimatu 1:10.000 i po odprowadzeniu sieci i jelit wytamponowano wnętrze macicy gazą jodoformową; nastąpiło wyleczenie. W rok później usunął kol. O. u tejże kobiety łożysko po poronieniu trzechmiesięcznego płodu, a w następnym roku został wezwany znów do porodu, lecz zastał już pęknięcie macicy od przodu, a chorą bez tętna.

III. Kol. Czyżewicz jun. mówi **O rozszerzadle Bossiego w praktyce.** Omówiwszy w krótkości historyę tego narzędzia, zdaje sprawę z 12 przypadków, operowanych przez siebie w ubiegłych dwu latach w lwowskiej szkole położnych. Zestawienie tych przypadków wykazuje, że stosowano sposób Bossiego u pierwiastek w ciąży 3 razy, u wieloródek w ciąży 2 razy, u pierwiastek rodzących 2 razy, u wieloródek rodzących 5 razy. Czas trwania rozszerzania wynosił u pierwiastek w ciąży 16—25 min. (średnio 21 min.), u wieloródek w ciąży 4—8 min. (średnio 6 m.), u pierwiastek rodzących 15—21 min. (średnio 18 m.), u wieloródek rodzących 5—11 min. (średnio 8 m.), Częstość obrażeń po zabiegu była następująca:

	bez obrażeń	wręby	pęknięcia nie krw.	pęknięcia krwaw.
u pierwiastek w ciąży	1	1	—	1
u wieloródek »	1	1	—	—
u pierwiastek rodząc.	—	—	1	1
u wieloródek »	1	3	1	—
Razem	3	5	2	2

Na 12 operowanych wyszło zdrowych 11 matek i 6 dzieci. Umarła 1 matka z ciężką atonią macicy po przedwczesnem odklejeniu łożyska i silnym krwotoku poza zakładem; sekcya nie wykazała żadnych pęknięć. Dzieci urodziło się 4, nieżywych 2, umarło razem 6.

Wskazaniem do operacyi były: rzucawka 6 razy, grożące pęknięcie macicy przy niepodatnem ujściu 3 razy, gorączka z powodu rozkładu płodu obumarłego przy położeniu zaklinowanem 2 razy, przedwczesne odklejenie łożyska 1 raz. Operowano zawsze bez wzierników, a tylko pod kontrolą ręki według zasad, podanych przez Bossiego. Obniżając silnie narzędzie, wprowadzano je do szyi macicy, a następnie rozkręcano powoli ramiona ruchami dosyć częstymi, lecz bardzo drobnymi, tak długo, aż ujście doszło do wielkości największego obwodu główki płodu, poczem wyjmowano rozszerzadło i kończono poród kleszczami, zakładanemi nawet na nieustaloną główkę lub robiono perforacyę. Zabiegu dokonywano w uśpieniu z wyjątkiem dwu przypadków, w których nie było to możliwem z powodu groźnego stanu chorych. Podczas rozszerzania kontrolowano palcem brzegi ujścia i stwierdzono, że pęknięcia powstawały nie podczas rozszerzania, ale podczas przejścia główki przez ujście.

Z powyższych faktów można już wyciągnąć pewne wnioski. Przedewszystkiem można stosować metodę Bossiego nawet w takich przypadkach, w których nie ma jeszcze czynności porodowej, inaczej mówiąc można zapomocą niej w krótkim czasie zamienić osobę ciężarną na położnicę, co ze względu na groźny stan matki jest rzeczą bardzo ważną. Trudność wykonania zabiegu zależy od obecności części pochwowej lub jej zaniknięcia. W pierwszym przypadku rozszerza się ona jak rura, prawie bez skracania się, w drugim taksamo, jak w prawidłowym porodzie. Stąd nierównie łatwiej mogą powstać pęknięcia przy utrzymanej części pochwowej.

Czas trwania zabiegu zależy od oporu tkanek. U pierwiastek jest znacznie dłuższy, niż u wieloródek. Wskazówek żadnych postawić nie można. Szybkość rozkręcania narzędzia zależy od osobistej wprawy operatora, który sam musi ocenić, czy przy danym oporze wolno się dalej posuwać. Stąd jest rzeczą pewną, że pęknięć powstaje coraz mniej, im więcej się operowało przypadków. Na ogół biorąc, można rozszerzać prędzej, niż to podał Bossi. Pęknięcia zazwyczaj nie powstają podczas rozszerzania, lecz potem. Chcąc ich uniknąć, należy rozszerzać ujście więcej, niż potrzeba, licząc na to, że po wyjęciu rozszerzadła ujście w pewnym stopniu się zmniejszy — i robić zawsze kleszcze lub perforacyę, nigdy zaś obrót.

Wskazania do zabiegu należy trochę uszczuplić. Przedewszystkiem odpada wzgląd na dziecko, a dalej przypadki *placenta praevia*. Pozostają: 1) rzucawka; 2) gorączka z powodu rozkładu płodu w macicy; 3) grożące pęknięcie macicy przy niepodatnem ujściu; 4) przedwczesne odklejenie łożyska; 5) niedomoga serca przy ciężkich chorobach.

W praktyce prywatnej można przyrządu używać, jeśli się ma osobistą wprawę i umie obchodzić z pęknięciami szyi macicy. W przeciwnym razie stać się może narzędzie niebezpiecznem. W porównaniu z innemi metodami jest ono lepsze od cesarskiego cięcia Dührsena, które wymaga asysty i sprawia większe obrażenia, — i lepsze od balonów macicznych, których nie można dokładnie wyjałowić, a czasem trudno wprowadzić, a których działanie zawsze jest zbyt powolne. (*Streszczenie własne*).

Kol. prof. Mars zwraca uwagę prelegenta, że jeszcze w r. 1902 w tymże samym przedmiocie wyszła praca z tego samego zakładu, bo z jego kliniki. Kol. Brejter, asystent kliniczny, przedstawił na jednem z posiedzeń Tow. lek. lwowskiego przyrząd Bossiego i późniejsze, jak niemniej podał wyniki z przypadków, operowanych tą metodą w klinice. Praca ta była ogłoszona w »Przeglądzie lekarskim«. Wówczas już kol. prof. M. wypowiedział swoje zapatrywanie, które także zaznaczał przy innej sposobności przed kilku tygodniami w Tow. ginekologicznem, którego prelegent jest członkiem. Między wynikami, do jakich prelegent doszedł, jest jeden nadzwyczajny, bo przyznać należy, że rzeczą nadzwyczajną jest, aby w przeciągu 4 minut można było zamienić osobę ciężarną na położnicę. Kol. M. sądzi, że rozszerzanie nieprzygotowanej szyi macicy budzi najwięcej obawy naddarcia i dlatego nie może się zgodzić na zdanie, które kol. prelegent słyszał od prof. Fritscha, a który radzi stosować instrument wtedy, gdy jeszcze szyja macicy nie jest przygotowana. Co do samego sposobu rozszerzania, to prof. M. sądzi, że należy używać postępowania, zbliżonego do czynności fizyologicznej, t. j. rozszerzać szyję instrumentem do pewnego stopnia, potem zwolnić napięcie i tak powtarzać rozciąganie raz za razem z przerwami, gdyż wtedy postępuje się najłagodniej, najostrożniej i najwydatniej. Wreszcie co do wskazań dodaje, że przy łożysku przodującem należy się obawiać tej metody.

IV. Kol. Paklikowski przedstawia chorą z rozległą **przetoką pochwowo-pęcherzową i wynicowaniem pęcherza.** Wieloródka, rodziła dwa razy siłami natury, trzeci poród przed sześciu miesiącami, choć trwający dni siedem — ukończony bez pomocy lekarskiej. W pierwszym już dniu porodu zauważyła chora mimowolne moczenie, po rozwiązaniu stan się pogorszył, a prócz tego ukazał się guz miękki, wystający przed srom. Guz ten jest wynicowanym pęcherzem, któremu brak tylnej dolnej ściany. Ujścia moczowodów zachowane, pociągnięte wysoko w górę (widoczne wytryskiwanie moczu). Zniszczenie sięga aż do ujścia wewnętrznego cewki, ujście zarośnięte. Cierpienie to powstało prawdopodobnie przez ucisk napierającej główki przy pełnym pęcherzu.

V. Kol. Rubin przedstawia chorą, u której **wysięk okołomaciczny przebił w okolicy pępka.** Możliwość takiego przebicia, choć bardzo rzadkiego, staje się zrozumiałą, jeżeli się uwzględni stosunki rozmieszczenia tkanki łącznej miednicznej, której zapalenie stanowiło właśnie podkład anatomiczno-patologiczny tego cierpienia. Naciek zapalny szerzyć się może wszędzie tam, gdzie jest wiotka tkanka łączna, a więc: 1) po obu stronach macicy jako *parametritis lateralis* i ten naciek, przechodząc na talerze biodrowe, przebija najczęściej koło więzadła Pouparta lub wyżej aż koło nerki; 2) zapalenie w *subserosium paracervicale*, to jest w tkance między tylną ścianą pęcherza, a szyjką macicy, jako *parametritis anterior*, przechodząc po bokach pęcherza (*paracystitis*) do *cavum praeperitonaeale Retzii*, przebija ścianę brzucha w okolicy pępka, co się też stało w przedstawionym przypadku, może też przebić do szyjki pęcherza; wreszcie 3) zapalenie w *subserosium retrocervicale* jako *parametritis posterior*, tworzy zwykle płaski naciek między pochwą a odbytnicą i szerząc się ku dołowi przebija do odbytnicy, rzadko do tylnego sklepienia pochwy, lub przez *foramen ischiadicum maius* pod *m. glutaeus*. Sekretarz doroczny: *Zawadzki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Komitet narodowy polski dla XV międzynarodowego kongresu lekarskiego w Lizbonie odbył w dniu 18 b. m. zebranie, na którem przewodniczący prof. Wicherkiewicz przedstawił wyczerpująco działalność zarządu komitetu, zmierzającą do zapewnienia narodowi polskiemu należnego stanowiska na kongresie, a kongresowi odpowiedniego współudziału polskich lekarzy i uczonych. Prezydyum komitetu nie szczędziło zabiegów, by udogodnić podróż polskim uczestnikom Zjazdu. Stosownie do

postanowienia »Związku międzynarodowego prasy lekarskiej« komitet polski przybrał do swego grona kilku przedstawicieli polskiej prasy lekarskiej (dr. Chłapowski i dr. Święcicki z Poznania, dr. Kwaśnicki z Krakowa, dr. Kramsztyk z Warszawy, prof. Kadyi ze Lwowa).

Mimo usilnych zabiegów komitetu polskiego udział Polaków dotychczas nie zapowiada się zbyt pomyślnie, czego należy żałować, bo organizacya zjazdu wogóle rokuje dobrze o jego powodzeniu, a nieobecność nasza w turnieju naukowym złe rzucałaby światło na dorobek naukowy polski. Prezes komitetu czyni dalsze starania, by w Lizbonie wystąpienie polskich uczonych wypadło korzystnie i ma nadzieję wyjednać dla nich odrębne biuro urzędowe. Zabiegi te atoli spełzną na niczem, gdy braknie na Zjeździe Polaków. Obojętność dla sprawy, częściowo dająca się wytłómaczyć wydarzeniami politycznemi, tak dotychczas jest wielka, że nawet na zebranie komitetu polskiego zjechał tylko jeden członek zamiejscowy, prof. Sieradzki ze Lwowa. Wobec zbyt małej liczby zgłoszeń za pośrednictwem komitetu polskiego, nie można było urządzić żadnej wspólnej podróży, a dopiero w Lizbonie może nastąpić zszeregowanie się polskich uczestników. Pozostawia się więc woli każdego wybór wytkniętych już sposobów podróżowania do Lizbony.

Instytucya komitetów narodowych, będąca dla kongresów międzynarodowych lekarskich wogóle może balastem albo bez znaczenia, dla nas jest jednak ze względów podtrzymywania jednolitej myśli narodowej i godności narodowej wobec świata naukowego — wielkiej wagi.

Po karty uczestnictwa zgłosili się do komitetu polskiego dr. dr.: Białokur z Jałty, Borkowski z Druszkówki (Wołyń), Karwacki z Warszawy, Kawczyński z Parczewa (gub. siedlecka), Maciański z Wilna, Markiewicz z Kałusza, Bogdanik i Spira z Krakowa.

Odczyty zgłoszono następujące: Dr. Bogdanik: Le traitement opératoire et conservatoire de la tuberculose. Dr. Karwacki: 1) Les anticorps spécifiques dans le choléra et chez les vaccinés. 2) Immunisation contre la tuberculose. 3) Demonstration d'un réactif pour le sérodiagnostic de la tuberculose. Dr. Spira: Zastosowanie formaliny w leczeniu chorób ucha środkowego. Prof. Wicherkiewicz: 1) Quelques considerations sur la retinitis punctata albescens. 2) La valeur de la pyoctanine dans la thérapeutique oculaire.

Komitet odbędzie w Marcu jeszcze jedno posiedzenie ze współudziałem członków z kół prasy lekarskiej.

Bierny opór lekarzy w Austryi dolnej. Lekarze gminni Austryi dolnej rozpoczęli z dniem 1 lutego b. r. bierny opór co do czynności, które im przydzielano dotąd niejako w poruczonym zakresie działania i które dotąd za niezwykle nizkie, godności zawodowej bezsprzecznie uchybiające wynagrodzenie spełniać musieli (leczenie podrzutków, badanie szupaśników, szczepienie i donoszenie o chorobach zakaźnych). Dzień 1 lutego, to przełomowa chwila w historyi organizacyi lekarzy austryackich w ogóle. Z tą datą porzucili lekarze system dawny: proszenia, wnoszenia petycyi, uchwalania rezolucyi i t. d., a wstąpili na drogę stanowczego działania bez oglądania się na jakąkolwiek pomoc z boku. Słusznie porównują pisma zawodowe państwo, kraj i gminy z owym sprytnym, bogatym chorym, który raz, zmuszony już koniecznie zawezwać do siebie ze stołecznego miasta sławnego lekarza za wysokiem wynagrodzeniem, pospraszał wszystkich chorych członków swej rodziny, aby i im już »za jednym zachodem« owa powaga lekarska udzieliła porady. Tak samo postępują władze z lekarzami. Ponieważ lekarze »i tak już są« po gminach, a więc niechajże »za jednym zachodem« spełniają służbę sanitarno-policyjną, niechajże »przy sposobności« donoszą o chorobach zakaźnych, niechaj szczepią, niech leczą podrzutków. Wszystkie te czynności powinni spełniać właściwie lekarze państwowi, albo też powinny być wynagradzane lekarzom gminnym wedle taryfy. Żądaniem płacenia wedle taryfy nie dali się jednak zastraszyć przeciwnicy lekarzy, odgrzebali zaraz taryfę z r. 1823, która przyznaje lekarzom za leczenie podrzutków wynagrodzenie w kwocie siedmiu krajcarów monety konwencyjnej za każdą następną (nie pierwszą) wizytę i tłómaczą lekarzom w różnych pismach codziennych, że taryfa ta obowiązuje do dziś dnia, że ktoby z lekarzy wzdragał się ordynować za takiem wynagrodzeniem, podpada karze aresztu według §. 335 ustawy karnej. Grożono także lekarzom wypowiedzeniem wszystkich posad, wstrzymaniem subwencyi krajowych. Ale bezskutecznie: nie znalazł się dotąd lekarz, coby się zgodził podstawić nogę któremukolwiek z kolegów w walce o godność i byt.

Ruch ten lekarzy dolno-austryackich, niezupełnie słusznie biernym oporem nazywany, pokazał, że poczucie solidarności zawodowej tkwi głęboko w sercach wszystkich lekarzy i wszystkich przedstawicielstw zawodowych. Izby lekarskie Austryi dolnej i Wiednia akcyę całą bez zastrzeżeń gorąco poparły. Uchwaliły mianowicie, że ktokolwiekby z kolegów złamał solidarność i nie zważał na owe 4, przez lekarzy gminnych postawione żądania, będzie karany w drodze dyscyplinarnej i będzie uznany i publicznie napiętnowany jako człowiek bez czci. Wprawdzie jak raz dożyliśmy w sporze z namiestnictwem dolno-austryackiem tej szczęśliwej chwili, że się ono uznało kompetentnem poprawiać nasze pojęcia o honorze zawodowym, wątpić jednak należy, czy i obecnie zechce się puścić znowu na tak bystre wody wobec imponującej jednomyślności i solidarności lekarzy całego kraju, a nawet monarchii. Przemawia za tem i ta okoliczność, że owe osobistości, którym z urzędu przypada załagodzenie obecnego sporu, oświadczyły zgodnie, że owe wynagrodzenia, jakie się płaci lekarzom, najzupełniej już naszym czasom nie odpowiadają, nawet jeżeli taryfa z r. 1823 jest prawomocna.

W walce przeciw lekarzom starano się poruszyć także i publiczność; wrogowie lekarzy starali się publiczność wprost podjudzać, tłómacząc jej, że lekarze z niehumanitarnego egoizmu zawodowego chcą szkodzić społecznym interesom zdrowotnym. Jeśli występujący do walki z lekarzami powołują się na §. 335 ustawy karnej, który karze lekarza za takie zaniechanie czynności, które jest przyczyną śmierci człowieka, to należy tym naszym wrogom odpowiedzieć, że przepis ten zupełnie do obecnej sprawy się nie odnosi. Wszak lekarze nie występują do walki z chorymi i cierpiącymi, którym muszą służyć, wszak nigdyby się lekarze nie zgodzili, by w walce o swój byt innych narażać na szwank, ale występują do walki z władzami, które wymagają, by lekarze byli humanitarni kosztem humanitarności względem siebie samych i swoich rodzin.

Stanowisko, jakie zajęły władze wobec walczących lekarzy, jest bardzo ciekawe i godne właściwego oświetlenia. Kiedy jakikolwiek inny zawód (n. p. kolejarze) chwytał za broń biernego oporu, albo tylko groził, że się go chwyci, zaraz zapełniały się dzienniki półurzędowemi wiadomościami o gorączkowych i długich naradach w tem lub owem ministerstwie, w tej lub owej dyrekcyi, i mnóstwem półurzędowych obiecanek dla walczących. Nigdy zaś nie zdarzyło się nam wtedy czytać półurzędowej rady, by walczący z idealnych stron swojego zawodu zrobili sobie plaster i przykryli nim swą nędzę. Inaczej postępuje się z lekarzami. Im wciąż wskazują na ich ideały, ilekroć im nic nie chcą dać. Bo inna rzecz opór bierny na kolei: — tam straty materyalne są olbrzymie i rosną z każdą godziną, — a inna rzecz opór lekarzy, który ani nie może, ani nie zamierza wywołać żadnej szkody publicznej. (I dlatego ruch lekarzy niesłusznie nazwano biernym oporem). Inaczej też, niż przy biernym oporze każdego innego zawodu, zachowują się władze wobec ruchu lekarzy, nie zmierzającego do szkodzenia publiczności: wobec »biernego oporu« stosują »bierne stanowisko«. A to dzieje się znowu dlatego, że nie ma ministerstwa sanitarnego, któreby z obowiązku musiało zająć się taką sprawą i ją załatwić. Tak więc jedna władza jako niekompetentna oddaje sprawę drugiej, druga trzeciej i tak wciąż w kółko. Może wreszcie bierny opór lekarzy otworzy raz rządowi oczy na to, że administracya sanitarna jest zbyt ważnym działem, żeby stanowiła uboczne zajęcie dla ... prawników.

Utworzony w Izbie lekarskiej wiedeńskiej Komitet z radcą dworu prof. Schautą na czele zebrał już przed 1-ym lutego dla poparcia walczących sumę przeszło tysiąca koron. Ruchem całym kierują połączone Zarządy obu organizacyi lekarskich Austryi niższej. Wydały one i rozesłały do wszystkich kolegów szczegółowe przepisy wykonywania oporu, jako też służą bezzwłocznie wyjaśnieniami i obroną każdemu z walczących kolegów. Za moralnem i materyalnem popieraniem walki oświadczyły się oprócz Izb wiedeńskiej i dolno-austryckiej: »Wolna organizacya lekarzy obwodowych i gminnych Styryi«, »Związek lekarzy Karyntyi«, »Tow. lek. VIII. obwodu m. Wiednia,« »Chrześcijański Związek lekarski w Austryi«, »Związek lekarzy Krainy«, »Wolna organizacya lekarzy gminnych niemieckiego Tyrolu«, »Organizacya lekarzy gminnych Śląska« i t. d. Z ruchem tym sympatyzuje również wiele pism codziennych tak, że walczący są dobrej myśli i mają nadzieję zwycięstwa. *E. S.*

Walka lekarzy dolnoaustryackich z władzami trwa już trzy tygodnie. Dotychczas jednak wydział krajowy i rząd zachowują się odpornie i próbując ruch stłumić przymusem, nawet nie rozpoczęły rokowań, któreby już nawiązano, gdyby

walkę podjęła nawet drobna jakaś grupa robotnicza. Lekarze zawiadamiają wprawdzie władze o pojawianiu się podejrzanych przypadków chorób zakaźnych, bez podania jednak rozpoznania. Władze powinnyby załatwić z pośpiechem wszystkie takie doniesienia o pojawieniu się chorób zakaźnych, pochodzące od czterystu kilkudziesięciu lekarzy gminnych, a ponieważ rządowych fizyków powiatowych jest wszystkiego dwudziestu kilku, przeto nie mogą oni w żaden sposób stwierdzić wszystkich przypadków. Zaraz w pierwszym tygodniu wpłynęło do władz przeszło dziewięć tysięcy doniesień o rzekomem pojawieniu się chorób zakaźnych, które przydzielono rządowym lekarzom powiatowym do »dalszego urzędowania«. Tymczasem władze nie traktują tych doniesień na seryo, lecz uważają je za akty biernego oporu — nie spieszą się więc wcale z wysyłaniem lekarzy rządowych do gmin, w których miały się pojawić choroby zakaźne. Niektóre starostwa wydały zwierzchnościom gminnym polecenia, co mają przedsięwziąć w razie, gdy lekarz gminny stwierdzi podejrzany przypadek choroby, a nie powie dokładnie, jaka to choroba. W takich przypadkach, zanim lekarz rządowy znajdzie czas, by zjechać do gminy i zarządzić, co należy, postarać się ma zwierzchność gminna, ażeby chorych pomieszczono w gminnym szpitalu epidemicznym, albo też w razie, jeżeli pozostają w opiece domowej, strzedz, by nikt się z nimi nie stykał i by współmieszkańcy domu nie uczęszczali do kościoła, ani też na zabawy, na których gromadzi się większa liczba osób i t. p., dzieci zaś z takiego domu nie wolno posyłać do szkoły. Takie rozporządzenie wydało przed paru dniami starostwo w Bruck nad Litawą i dodało na końcu następujące pouczenie: »Gdyby jednak lekarze gminni zdecydowali się podać jasne rozpoznanie i orzec, że w danym przypadku nie zachodzi obawa zarażenia — w takim razie odpada też potrzeba przeprowadzenia zarządzeń w tym reskrypcie wskazanych«.

Ze sposobów walki, stosowanych przez lekarzy dolnoaustryackich, niektóre mogą być i są istotnie wyzyskiwane jako zarzut przeciw walczącym, mogący narazić ich na niechęć szerokich kół. Gdyby było prawdą, że lekarze dolnoaustryaccy zgłaszają obecnie więcej przypadków rzekomo zakaźnych chorób, niż się ich w istocie przydarza, to budzi się bardzo poważna wątpliwość, czy cel w tym przypadku może uświęcać.... świadomą przesadę. W. przypadkach zaś rzeczywiście zakaźnych i grożących rozwleczeniem epidemii, jest chyba obowiązkiem nietylko »urzędowym«, ale obowiązkiem etycznym każdego lekarza użyć wszelkich znanych mu środków zapobieżenia niebezpieczeństwu; w takim przypadku zalecenie »taktyki bojowej« w postaci przemilczenia właściwego rozpoznania w doniesieniach do władz, może niejednego lekarza wprawić w konflikt z samym sobą.

R.

XVI. Wiec austr. stowarzyszeń lekarskich odbędzie się 25 marca b. r. w Wiedniu w sali posiedzeń Towarzystwa lekarskiego. Oprócz spraw administracyjnych i sprawozdania Wydziału, obejmuje porządek dzienny następujące sprawy: sprawozdanie instytucyi, wspierającej wdowy i sieroty po członkach austryackiego związku stowarzyszeń lekarskich; sprawozdanie z loteryi; lekarze a reforma wyborcza; wolna organizacya lekarzy.

E. S.

Przetwór leczniczy „Pastilli jodoferratini comp." wyrobu apt. Jahra dopuściło ministerstwo spraw wewn. do ogólnego obrotu w aptekach austryackich.

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 lutego 1906.

Ankieta w sprawie zakładu dla obłąkanych w Galicyi zachodniej, złożona z członka Wydziału krajowego posła Onyszkiewicza, protomedyka radcy dworu Dr. Merunowicza, dyrektora zakładu kulparkowskiego Dr. Kohlbergera, profesorów Dr. Halbana, Piltza, Żuławskiego, dalej Dr. Świątkowskiego, radcy budownictwa inż. Braunseisa, profesora politechniki Lewińskiego i architekty Wydziału krajowego inż. Kamienobrodzkiego uznała, jak donosiliśmy, za pożądane wysłanie komisyi technicznolekarskiej celem zwiedzenia podobnych zakładów w zachodniej Europie. Komisya, do której Wydział krajowy powołał dyrektora Dr. Kohlbergera, prof. Halbana i inżyniera Klimczaka, wyjechała przed dwoma tygodniami za granicę.

Uznając zupełnie zawodową kompetencyę członków komisyi, niepodobna jednak nie wyrazić zdziwienia i żalu, że wśród wysłanników Wydziału krajowego niema ani jednego przedstawiciela psychiatrów krakowskich. Wszak sprawa zachodnio-galicyjskiego zakładu dla obłąkanych ma, jak to i sam Wydział krajowy dotąd uznawać się zdawał, dla krakowskiego Wydziału lekarskiego i dla miasta Krakowa znaczenie pierwszorzędne, stąd też w każdym okresie tej sprawy z natury rzeczy należy się głos przedstawicielowi zachodniej części kraju w tejsamej przynajmniej mierze, jak innym powołanym czynnikom. O pominięcie przedstawiciela zachodniej Galicyi, której ludność z przyszłego zakładu ma korzystać, upomnieć się powinni w pierwszym rzędzie posłowie tej części kraju, gdyż obecne postąpienie Wydziału krajowego mogłoby stać się niebezpiecznym precedensem na przyszłość.

Mamy nadzieję, że Wydział krajowy w dalszej akcyi w najszerszej mierze uwzględni udział przedstawicieli zachodniej części kraju, miasta Krakowa i Wszechnicy Jagiellońskiej, który jedynie dać może rękojmię ściśle przedmiotowego traktowania sprawy drugiego zakładu dla obłąkanych w Galicyi i ukończenia jej w sposób równomiernie dla całego kraju korzystny.

— Jak się dowiadujemy nie powzięła ankieta, zwołana w sprawie budowy zachodnio-galicyjskiego zakładu dla obłąkanych, żadnych uchwał co do miejscowości, w której ma zakład stanąć, czego zresztą dowodem jest to, że już po ankiecie ogłosił Wydział krajowy ponownie wezwanie do właścicieli ziemi, by zgłaszali oferty na sprzedaż gruntów pod zakład.

— Po 33-letniem urzędowaniu ustąpił ze stanowiska inspektora szpitali krajowych Dr. Jan Stella-Sawicki, którego nazwisko związane jest z pierwszym okresem autonomicznym szpitalnictwa galicyjskiego. Urodzony w r. 1831 w Szawlach na Żmudzi z ojca lekarza, kształcił się w gimnazyum w Szawlach i Krożach i w szkole kadeckiej w Petersburgu. Odbywszy już jako oficer kampanię węgierską w r. 1848, wyjechał po ukończeniu akademii wojennej w Petersburgu w r. 1854 w randze kapitana na studya zagranicę, z których powróciwszy posuwa się szybko w karyerze wojskowej, służąc kolejno w Kownie, Kursku (przeniesiony tam za udział w uczczeniu poety Syrokomli) i w Petersburgu, ogłaszając szereg prac wojskowych i dobijając się w 28 r. ż. stopnia pułkownika. W r. 1863 wystąpiwszy z wojska i wyjechawszy do Galicyi, walczy naprzód w oddziale powstańczym Wysockiego, a potem działa samodzielnie pod nazwiskiem Strusia. Po upadku powstania dzieli tułacze losy emigracyi, przebywając kolejno w Szwajcaryi, w Augsburgu i w Strassburgu, utrzymując się to z lekcyi, to jako robotnik w zakładzie galwanoplastycznym, to z pracy piórem; wreszcie zebrawszy nieco grosza kończy medycynę w r. 1870 w Strassburgu i tam pełni służbę lekarską w czasie oblężenia. Następnie praktykuje w Genewie, a po nostryfikacyi dyplomu w Krakowie i praktyce w szpitalu lwowskim, zostaje w r. 1873 inspektorem szpitali krajowych (drugim z kolei). Oprócz licznych prac beletrystycznych i pamiętnikarskich z okresu powstania, wydaje cały szereg popularnych podręczników (»Rady dla mężatek« 6 wydań, »Poradnik lekarski dla ludu« 2 wydania, »Higiena życia powszedniego«, »Pielęgnowanie zdrowia«, »Podręcznik dla pielęgnowania chorych«) i 9 roczników Kalendarza lekarskiego.

Zważywszy, że wydatki na szpitalnictwo galicyjskie wzrosły w czasie urzędowania Dr. Sawickiego dziesięciokrotnie i że w tymże stosunku wzrosła liczba szpitali w kraju, że w okresie tym, zwłaszcza zaś w ostatnich jego latach, przekształcać się poczęły nasze szpitale prowincyonalne na modłę nowożytną, a organizacya krajowej służby lekarskiej uległa reformie, nietrudno ocenić rozmiary podejmowanej przez Dra Sawickiego pracy, w której uznać należy wytrwałość i dobrą wolę.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła posiedzenie dnia 3 lutego 1905, na którem przyjęto do wiadomości sprawozdanie lekarskie i administracyjne o ubiegłym sezonie w zdrojowisku Morszyn, oraz przeprowadzono szczegółową rozprawę co do sposobu zawiadywania zdrojowiskiem w przyszłym sezonie i wybrano komisyę z trzech członków celem ustnego porozumienia się z kandydatami do zarządu zdrojowiskiem. Postanowiono otworzyć oferty na dzierżawę folwarku Morszyn i przesłać je do oceny syndykowi Towarzystwa. W końcu udzielono zapomóg 22 wdowom po lekarzach w łącznej kwocie 2·710 K. z funduszów, zostających pod zarządem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Z powodu spóźnionej pory odroczono dalsze obrady po czterogodzinnych rozprawach, nie wyczerpawszy porządku dziennego.

— Towarzystwo lekarskie łódzkie obrało na rok 1906 prezesem Dr. Ksawerego Jasińskiego, wiceprezesem Dr. Seweryna

Sterlinga, sekretarzem Dr. J. Brudzińskiego, jego pomocnikiem Dr. Sonnenberga, bibliotekarzem Dr. Fankanowskiego, jego pomocnikiem Dr. Prechnera, skarbnikiem Dr. Littauera i mianowało swym członkiem honorowym Dr. Karola Jonschera.

— W pierwszym tegorocznym zeszycie »Czasopisma lekarskiego« kreśli Redakcya zarys pracy społeczno-lekarskiej, czekającej lekarzy w Królestwie, a zapowiadając, że »Czasopismo« jak najgorliwiej sprawami temi się zajmie, zaprasza ogół lekarzy polskich do czynnego w tem udziału. »Czasopismo« może się słusznie pochlubić, że od swego założenia konsekwentnie i systematycznie już przez lat siedem poświęcało zagadnieniom medycyny państwowej i higieny społecznej miejsce równie ważne, jak medycynie praktycznej, tem właśnie wszystkie inne pisma lekarskie polskie przewyższając i że tego kierunku nie porzucało, oczekując chwili, w której te zagadnienia nabędą w Królestwie praktycznego znaczenia, a która to chwila teraz już nadeszła.

— Docenci Adam Bochenek i Emil Godlewski mianowani profesorami nadzwyczajnymi w Krakowie.

— Ministeryum oświaty zatwierdziło *»veniam legendi«*, nadaną Dr. Franciszkowi Nowotnemu w zakresie laryngologii i otyatryi przez Wydział lekarski krakowski.

— Dzienniki donoszą, jakoby doc. dr. Panek ze Lwowa i dr. St. Serkowski z Łodzi, umieszczeni w ternie kandydatów na katedrę higieny we Lwowie, kandydatury swe rzekomo cofnęli.

— Między 28 stycznia, a 3 lutego 1906 stwierdzono w Galicyi 6 nowych przypadków ospy, mianowicie 1 w Krakowie (emigrantka z Rosyi) i 5 w powiecie brodzkim, oraz 34 przypadki duru osutkowego w 10 powiatach (Rawa 15, Stryj i Tłumacz po 5, Jaworów 3, Horodenka, Jarosław, Myślenice, Przemyślany, Stanisławów, Stary Sambor po 1). W tygodniu od 11 do 17 lutego 1906 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego: w pow. Brzozów (Dynów 1), Jarosław (Leżachów 2), Jaworów (Bonów 1), Horodenka (Obertyn 1, Żuków 5), Kamionka (Chotojów 1), Myślenice (Naprawa 3), Nadwórna (Zielona 2), Rawa (Rawa 1), Stryj (Wołosianka 7), Tłumacz (Bortniki 8, Przybyłów 2), Tarnopol (Konstantynówka 1), Brzeżany (Kozłów 1: zachorował lekarz miejski Dr. Czepielowski), Cieszanów (Lubaczów 7: zachorowały 2 zakonnice i 1 posługaczka w szpitalu pow., a zakaziły się od 4 chorych z Krowicy lwt., którzy leczeni byli w tym szpitalu); ospy: w pow. Chrzanów (Trzebinia wieś 1, Luszowice 1), Brody (Brody 2, Bielawce 1, Berlin 1). Nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych stwierdzono 37 przypadków, z tego 33 w 15 gminach Galicyi zachodniej, najwięcej w m. Bochni (10), w pow. Przeworskim w Markowej (5), w Rozborzu (2), w m. Mielcu (3), oraz w 1 gminie Galicyi wschodniej w pow. kamioneckim w Radziechowie (4); najwięcej szerzy się w powiatach: krakowskim (gmin 4), wadowickim (5), bocheńskim (4), pilzneńskim (3) i przeworskim (4).

— Według statystyki Józefa Buzka, ogłoszonej przez krajowe Biuro statystyczne, a przytoczonej przez »Głos lekarzy«, przypadło w czteroleciu 1861/5 wśród ówczesnych 105 słuchaczy medycyny w Galicyi: 95·2% Polaków, 1·0% Rusinow, 2·9% innych narodowości, 84·8% katolików, 12·4% izraelitów, 2·8% ewangelików, — zaś w czteroleciu 1896—1900 na 380 medyków 91·8% Polaków, 7·4% Rusinów, 0·8% innych, 67% katolików, 30·5% izraelitów, 1·3% ewangelików. Młodzież ruska okazuje więc mało zamiłowania do studyów lekarskich, największe zaś niewątpliwie młodzież izraelicka, jeżeli się zważy, że tylko do r. 1881 odsetek jej wśród słuchaczy medycyny odpowiadał odsetkowi izraelitów wśród ogółu ludności (11·1%), a odtąd kilkakrotnie go przewyższył.

— Wydział lekarski wiedeński uchwalił, że docenturę prywatną przyznawać będzie tym tylko kandydatom, którzy uzyskają większość $^2/_3$ głosujących.

— Rząd niemiecki wysyła w kwietniu b. r. Roberta Kocha na nową wyprawę naukową celem zbadania śpiączki afrykańskiej.

— Behring wykładał 8 lutego b. r. w radzie rolniczej niemieckiej (Landwirtschaftsrath) o zwalczaniu gruźlicy u bydła i higienicznej produkcyi mleka, a w wykładzie tym cofnął wiele z twierdzeń, wygłoszonych o swym przetworze tuberkulinowym w znanym wykładzie paryskim. Przetwór ten uważa on obecnie za nienadający się do użytku praktycznego, ponieważ wytwarzanie jego jest niezmiernie skomplikowane i kosztowne, a wstrzykiwanie do żył niedogodne i nadto okazało się, że przetwór jest bardzo nietrwały. Natomiast wytworzył Behring obecnie inny, wad tych nieposiadający przetwór, który nazwał »tuberkulazą«, ale którego, jak sam mówi: »nie stosował u takiego bydła perliczego, którego stan odpowiadałby choć cokolwiek stanowi ludzi, dotkniętych suchotami i dlatego nie ma naukowo uzasadnionych podstaw do przypuszczenia, żeby tuberkulaza była środkiem, nadającym się do leczenia suchot ludzkich«. Wreszcie oświadczył Behring, że i w Paryżu nie mówił o środku, któryby leczył zmiany gruźlicze płuc, lecz o środku, zapobiegającym gruźlicy przy wczesnem użyciu u ludzi młodych, a na istniejące już ogniska gruźlicze wpływającym w ten sposób, żeby ich samowyleczenie się nie udaremniało ponowne zakażenie się gruźlicą.

— Seminaryum medycyny społecznej, rozpoczynające się w Berlinie 23 lutego, obejmie w pierwszej seryi wykładów tylko teoryę i praktykę państwowego ubezpieczenia na wypadek kalectwa.

— Przedmiotem obrad zjazdu internistów (23—26 kwietnia) będą: »Patologia gruczołu tarczowego« (sprawozdawcy Kraus i Kocher) i »Zboczenia czynności serca« (spr. Hering.).

— Wielka Brytania liczy 31.070 lekarzy, z tego 6438 w samym Londynie; z lekarzami wojskowymi i kolonialnymi wzrasta ta liczba do 38921. Włochy liczą 21.103 lekarzy; z miast włoskich najwięcej lekarzy posiada Neapol (1107), potem Medyolan (935), Rzym dopiero na trzeciem miejscu (763). Liczba lekarzy w Niemczech jest niemal równą liczbie lekarzy w Anglii. Liczbę wszystkich lekarzy Polaków (łącznie z Ameryką) szacować można w przybliżeniu na 5000.

— Reklama przez ogłoszenia uważaną jest przez »General Medical Council« za tak niegodną stanu lekarskiego, że za każde przestępstwo w tym kierunku winny ma tracić prawo praktyki.

Mianowani: Doc. anatomii Triepel z Gryfii profesorem nadzw. we Wrocławiu; prof. nadzw. bakteryologii Tavel profesorem chirurgii w Bernie.

Zmarli: Dr. Józef Wernicki, uczestnik walki w r. 1863, były poseł na sejm, były prezes rady powiatowej czortkowskiej i żydaczowskiej — w 71 r. ż. we Lwowie. Dr. Antoni Żuchowski w Grodzisku w Poznańskiem.

Znany ginekolog prof. Gusserow w 69 r. ż., i okulista doc. Schelske w 76 r. ż. w Berlinie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Dunin: O istocie neurastenii. Wilczyński Tadeusz: Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego (dok.). — Nr. 6. Gabszewicz: Zwapnienie opłucnej. Otok ropny opłucnej. Dunin: O istocie neurastenii (dok.).

— *Medycyna* Nr. 6. Zaleski K.: Przypadek obecności wiciowców w wypróżnieniach ludzkich. Flatau i Koelichen: Rak kości skroniowej, potylicowej i móżdżku u 17-letniej dziewczyny, jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 7. W. Reiss. Spostrzeżenia z okulistyki w sztuce włoskiej. Gluziński i Reichenstein: T. zw. „myeloma" i białaczka limfatyczna (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Zesz. 2. Pręgowski: W sprawie zastąpienia natrysków wodnych przez powietrzne oraz t. zw. powietrznowodne. Bogdanik: O ciałach obcych w cewce moczowej. Moraczewski: W sprawie istoty i dyetetyki skazy moczanowej.

— *Postęp okulistyczny* Zesz. 1. Ballaban: Mięsak śródoczny.

— *Czasopismo lekarskie* Zesz. 1. Serkowski: Materyały do nauki o odporności. Krusche: O ranach postrzałowych. Wassermann: W sprawie powstawania gazów w żywych tkankach ustroju oraz o leczeniu ropówki gazowej. Schroetter: Prosty sposób usuwania z cewki uwięzniętych kamieni oraz niektórych innych ciał obcych. Higier: Hyoscyna w praktyce neurologiczno-psychiatrycznej. Idzikowski: Szpital kolejowy w Żbikowie. Pełczyński i Fidler: O cholerze.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr. 2. Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze włosów. Szadek: Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. Malinowski: Choroba Dariera.

— *Głos lekarzy* Nr 4. Stosunki wyznaniowe i narodowościowe wśród lekarzy w Galicyi. — Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. — Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi. — Mikołajski: Spór miasta Lwowa z Wydziałem krajowym w sprawie leczenia szpitalnego chorych zakaźnych.

— *Časopis lékařův českých* Nr. 6. Švehla: O poměru mezi skrofulosou a tuberkulosou. Šamberger: Ku pathologii hyperkeratos. Spilka, Bouček (c. d. z Nr. 5).

— *Russkij Wracz* 1906 Nr. 1. Mołczanow: W sprawie operacyjnego leczenia błoniczych zwężeń krtani u osesków. Pereszywkin: Peripleuritis. Mahakian: W sprawie nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Bierezkin: Najprostszy przyrząd do otrzymywania tlenu (Georgea-Jauberta). — Nr. 2. Gieorgiewskij: Przypadek niezwykłego stosunku n. pośrodkowego do tętnicy ramiennej. Spasokukotskaja: Przypadek wycięcia znacznej części jelit cienkich. Klimenko; Przyczynek do etyologii paratyfusu. Wojaczek: Współczesne badanie słuchu zapomocą mowy.

— *Presse médicale* Nr. 11. Gilbert i Villaret: Ból wątroby u dychawicznych. Langlois: Inerwacya pęcherzyka żółciowego. Martinet: Jak przepisywać kozłek. — Nr. 12 Iscovesco: Kolloidy. Ferry i Mandoul: Bacillus fluorescens liquefaciens w różnych chorobach dróg oddechowych. Noiré: Dobre ampułki w radyoterapii. — Nr. 13. Labbé i Vitry: Białko w leczeniu suchotników. Deléarde i Dubois: Zatrucie ołowiem i leczenie kolki ołowiczej. Jarvis: Ścisłe określenie graficzne przedoperacyjne świeżych zmian gruźliczych nerki u kobiet. Gaulejac: Sposób Biera i miesienie w nadwichnieniach i stłuczeniach.

— *Semaine medicale* Nr. 6 Bovis: Ciałko żółte. — Nr 7. Schiassi: „Splenocleisis“ celem leczenia niedokrwistości śledzionowej i choroby Bantiego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. Koch: O afrykańskiej gorączce powrotnej. Glas. O opryszczkach w krtani i gardle. Schüller: O pasorzytach we krwi chorego na żółtą gorączkę. Bärmann i Halberstaedter: Doświadczalna gruźlica skóry u małp. Schütze: Ostre porażenie wstępujące (Landryego) po durze brzusznym, zakończone wyzdrowieniem. Ostwalt: Jeszcze w sprawie leczenia nerwobólów wstrzykiwaniami. Vogel: W sprawie podziału choroby Brighta. — Nr. 8. Veit: Doświadczenia co do rozszerzonej operacyi Freunda. Hoffa: Surowica przeciwgruźlicza Marmorka. Bruhns: Zmiany tętnicy głównej w kile wrodzonej. Glücksmann: Dalsze wyniki moich prac ezofagoskopowych. Blaschko: Doświadczenia co do leczenia radem. Falkenstein: Zachowanie się kwasu moczowego i mocznika w dnie. Glas (dok. z Nr. 7) Friedemann: Zwalczanie zimnicy.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 6. Sternberg: O lawatywach i wlewaniach. Hering H. F. O częstej kombinacyi tętna żył komorowych z tętnem nieregularnem ciągłem. Schneider: Wartość odkażająca lysoformu przy miernie podwyższonej ciepłocie. Stenger: Przekrwienie sposobem Biera w ostrych ropieniach uszu Wechselmann: Doświadczalno-krytyczny przyczynek do Siegelowskich prób przeniesienia kiły na zwierzęta. Elsaesser: Doświadczenia z maretyną. Lewin, Lüdke (c. d. z Nr. 5). — Nr. 7: Liebermann: Czy hemolityczne ciała uodparniające lub komplementy są katalizatorami, a więc zaczynami? Ahlfeld: Antefixatio uteri. Grünbaum: Rokowanie przy operacyach raka sromu. Trantenroth Przypadek ciężkiego zatrucia stowainą przy znieczuleniu lędźwiowem z uwagami o znieczuleniach połowiczych. Lissauer: Natrysk parowy jako środek wykrztuśny. Erlenmeyer: Wzrost ciśnienia tętniczego w stwardnieniu tętnic i jego leczenie. Eiger: Praktyczna wartość miareczkowej metody Pavyego w oznaczaniu cukru w moczu. Kronheimer: O torbielach szczęk. Hecht: Przyczynek do kazuistyki potworów. Sternberg, Lüdke (dok. z Nr. 6).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7. Bartel i Neumann: O doświadczalnej gruźlicy inhalacyjnej u morskich świnek. Kren: W sprawie trądzika charłaczych *(acne cachecticorum)*. Sorgo i Süss: O zapaleniu wsierdzia w gruźlicy. Herzl: O Halbanowskim objawie ciąży

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 7: Zweifel: Jad rzucawki (*eclampsia*) i wynikające stąd wnioski co do leczenia. Lockemann: O stwierdzeniu kwasu mięsnomlecznego we krwi, moczu i w płynie mózgowordzeniowym u chorych na rzucawkę. Hempel: O uzyskaniu dobrego mleka dla osesków, dzieci i chorych. Manteufel: Badania statystyczne co do znaczenia mleka wyjałowionego w zwalczaniu śmiertelności osesków. Zaubzer. Mleko krowie w Monachium w r. 1904. Hecht: Kliniczna próba tłuszczowa kału Herxheimer i Opificius. Dalsze wiadomości o krętku bladym. Helbing: Stół na narzędzia z elektrycznem połączeniem dla ryno-laryngologów i otyatrów Veiel: O stosunku wzruszeń do zaburzeń sercowych. Daxenberger: Przypadek przepukliny przeponowej z pęknięciem żołądka. Kaupe: Żółtaczka w przebiegu płonicy. Fischer. Oettingen (c. d. z Nrów poprzednich).

Redakcya otrzymała. Bogdanik. 1) Fremdkörper in der Harnröhre. (Odb. z „Wiener med. Wochenschrift“ 1906). 2) Eine neue Rippenscheere. (Odb. z „Wiener med. Presse“ 1906).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 7 (od dnia 11/II do 17/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dziew. 27; nieżywo: chł. 6, dz. — — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12. kob. 13; zamiejscowych: męż. 14, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. — 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 4 23) śmierć przypadkowa: miej. —. ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1 **Razem:** miejscowych 25, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 28 lutego 1906 o godz. 6 wieczorem w ***Domu Towarzystwa*** (Radziwiłłowska 4); na posiedzeniu tem kol. prym. Borzęcki, Brzeski i Nowotny przedstawią przypadki chorobowe, a kol. Stahr wygłosi wykład: „O zmianach w krwi chorych leczonych sposobem Biera“.

Duotal

Duotal „Heyden", bezwonny i bez smaku przetwór gwajakolu, zawiera przeszło 90% związanego, w ustroju uwalniającego się gwajakolu. Nie nadżera; nietrujący; najwrażliwsi nawet chorzy znoszą go dobrze i chętnie zażywają. Wyborny lek w **gruźlicy płuc** i **przewlekłych nieżytach narządów oddechowych. Odkaża jelita** w **durze** i **nieżycie jelit.**

Xeroform

Najlepiej zastępuje jodoform. Zupełnie nietrujący, nie drażni, znakomicie wysusza i ogranicza wydzielinę, tamuje krwawienie i koi ból. Silnie odwania. **Najszybciej** wywołuje **pokrywanie się ran naskórkiem.**

Novargan

Prawie wcale niedrażniący przetwór srebrowy. „Obecnie najlepszy lek w ostrym wiewiórze"

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 d

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KLISZE

na cynku, mosiądzu i miedzi do wszelkich wydawnictw, kart z widokami i t. d.

najlepiej wykonywa

Zakład reprodukcyi fototechnicznej T. Jabłońskiego i Spółki w Krakowie

ul. Franciskańska 4. Nr. telefonu 614. 79

FORMAN.



(Chlormethylmenthyleter $C_{10}H_{19}OCH_2Cl$.)

Przeciw katarowi! Przez wielu lekarzy klinicznie wypróbowany i używany jako swoisty, **idealny lek w katarze.** Polecany jako środek ochronny i kojący w grypie. Sposób zastosowania: Jako zapobiegawczy lub w lekkich postaciach nieżytowych formanowa wata. W cięższej postaci nieżytu formanowe pastylki do wziewań za pomocą formanowego naczynia do wziewań. Użyty stosownie nie zawodzi. *Próbki i literatura opłatnie.*

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM LINGNER, Drezno.

156 b Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER Bodenbach n. E. (Podmokle).

Nazwa zastrzeżona. Nazwa zastrzeżona.

Extractum Chinae „Nanning"

(Najlepsze współczesne Stomachicum.)

Przepisywane w Kasach chorych w Berlinie.

Wskazane w:

1. braku apet. u bled. (Dysmen. znikła po dłuższem używaniu tego środka)
2. braku apetytu u zołzowatych i gruźlicznych.
3. ostrym i przewlekłym nieżycie żołądka.
4. u gorączkujących i w gorączce przyrannej.
5. u ozdrowieńców.
6. w wymiotach ciężarnych.
7. w przew. nież. żołądka wskutek nadużywania wyskoku.
8. w niestrawności pod wpływem Hg i jodku potasu.
9. w gruźlicy.

Oryginalne flakony po 2 Kor. tylko waptekach.

Wyrabia jedynie **H. NANNING. aptekarz, Den Haag (Holandya).**

Skład główny: G. & R. FRITZ. Wien I, Bräunerstr, 5.

164 Odsprzedaje się tylko aptekarzom.

Próbki i literatura bezpłatnie.

Pilulae Sanguinalis Krewel.

Znakomity środek przeciw *niedokrwistości* i *blednicy*, jakoteż przeciw wszystkim chorobom, przebiegającym z *niedokrwistością*.

Okazał się bardzo skutecznym w następujących kombinacyach: **Pil. sanguinalis Krewel cum kreosot. Guajakol. carb. i Acid. arsenic., Chinin., Jod., Natr. cynnam., Lecithin., Acid. vanadinic., Ichtyol. Extr., Rhei.**

Liquor Sanguinalis Krewel.

Nadaje się szczególniej w *praktyce kobiecej i dziecięcej* jakoteż we wszystkich przypadkach, gdzie nie można użyć pigułek.

Wybitny środek *wzmacniający*, szczególniej w postaci Liquor Sanguinalis cum Malto, Lecithino, Vanadin.

Krewel & Co. G. m. b. H. Fabryka chemiczna.

Nowym, idealnym sposobem podawania tranu jest

Sanguinalowa zawiesina tranu

Smak przyjemny. — Chorzy łatwo go znoszą. Wybitnie skuteczny.

(Liquor Sanguinalis Krewel c. Ol. Jecoris Aselli).

Kolonia (Köln a/Rh) Eifelstrasse 33.

TAENIOL (według Dr. Goldmana).

Zupełnie nieszkodliwy, szybko działający

środek czerwiogubny.

Okazał się jaknajskuteczniejszym w chorobie tęgoryjcowej (*Ankylostomiasis*). — Równie skuteczny przeciw *tasiemcom, glistom* i *glistnicom*.

Taeniol nie zawiera żadnych składników korzenia Fusca.

VAPORIN (według Dr. Städtlera).

Bardzo pewny, zupełnie nieszkodliwy 179

środek przeciw krztuścowi,

parując w gorącej wodzie sprawia szybkie zmniejszenie się ilości i trwania napadów.

